

# Hvilke risikofaktorer er funnet i verdenslitteraturen for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser?

- En systematisk litteraturgjennomgang

Anette Wilhelmsen Stokke



Innlevert som masteroppgave ved  
Institutt for klinisk medisin

UNIVERSITETET I OSLO

12.10.20

# **FORORD**

Denne oppgaven er blitt til gjennom studier ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging, Universitetet i Oslo.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder, Fredrik A. Walby, som har bidratt med konstruktiv og god veiledning.

Oslo, 12. oktober 2014

Anette Wilhelmsen Stokke

# SAMMENDRAG

**Forfatter:** Anette Wilhelmsen Stokke

**Tittel:** Hvilke risikofaktorer finnes i verdenslitteraturen for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser – En systematisk litteraturgjennomgang.

**Veileder:** Fredrik A. Walby

På grunn av mangelfullt utbygget behandlingstilbud til personer med spiseforstyrrelser, og for lite kompetanse på området, ble det i forbindelse med at Stortinget vedtok St. prp. Nr. 63 (1997-98) om *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*, satt fokus på forebygging og behandling av spiseforstyrrelser.

Innenfor dette arbeidet ligger behovet for økt kunnskap når det gjelder forebygging av selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser. I følge retningslinjene til Statens helsetilsyn skyldes 27 % av dødsfallene ved anoreksia nervosa (AN) selvmord (Statens helsetilsyn, 2000). Retningslinjene henviser til Sullivan et al. (1995), en metaanalyse av 42 studier som omfatter 3006 pasienter med AN. Studiene er ikke beskrevet i analysen og metaanalysen er basert på tidligere systematiske litteraturstudier og metaanalyser der flere av studienes referanser mangler kontrollgruppe. Disse metodiske svakhetene bygger opp under denne oppgavens metodiske formål. Å systematisk beskrive fremgangsmåte, innhold og resultat, og kun inkludere studier med en kontrollgruppe. Dette for å sikre god metodisk kvalitet og rette søkelyset på behovet for strengere kontroll av hvilke studier som inkluderes som seriøs forskningslitteratur.

Forebygging av selvmord og selvmordsatferd er en nødvendig forutsetning for å kunne ivareta personer med spiseforstyrrelser på en best mulig måte. Til tross for behovet, foreligger det ikke noen fullstendig internasjonal oversikt over risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser. Hensikten med denne oppgaven er derfor å gjøre en systematisk litteraturgjennomgang av forskning som inneholder informasjon vedrørende risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser.

Metoden systematisk litteraturgjennomgang innebærer at inklusjonskriterier, søkeord og hvilke databaser det er søkt i, er eksplisitt dokumentert. I hele prosessen er det benyttet en systematisk tilnærming i forbindelse med innhenting og vurdering av data.

Jeg fant 13 studier som oppfylte inklusjonskriteriene. Hele 12 av studiene er knyttet til selvmordsforsøk, mens kun én studie relaterer seg til selvmord. Studiene undersøker selvmord eller selvmordsforsøk hos personer med anoreksia nervosa (AN), bulimi nervosa (BN), ikke spesifiserte spiseforstyrrelser og overspising. De fleste av studiene inndeler spiseforstyrrelsen AN og BN i underkategorier (subtyper), noe som fører til at variasjonen og sammensetning av de ulike spiseforstyrrelsene påvirker konklusjon og mulighet for sammenligning.

# Innholdsfortegnelse

FORORD .....	2
SAMMENDRAG .....	3
1. Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn .....	7
1.2 Formålet med oppgaven .....	8
1.2.1 Eksisterende litteratur .....	9
1.2.2 Systematiske litteratursøk og oversikter .....	9
1.3 Presisering av problemstilling .....	10
1.3.1 ICD-10 og DSM-IV .....	11
1.3.2 Spiseforstyrrelser .....	11
1.3.4 Komorbiditet .....	14
1.3.3 Ulikheter ved det å ha en spiseforstyrrelse .....	15
1.3.4 Forekomst .....	16
1.4 Selvmordsadferd .....	16
1.4.1 Selvmord .....	16
1.4.2 Selvmordsforsøk .....	17
1.4.3 Selvmordstanker .....	18
1.4.4 Selvskaide/villet egenskade .....	18
1.4.5 Risikofaktorer .....	19
2. Metode.....	20
2.1 Systematiske litteratursøk:.....	20
2.1.1 Psycinfo.....	20
2.1.2 Embase .....	21
2.1.3 Medline .....	21

2.1.4. PubMed .....	21
2.2 Valg av studier .....	22
2.3 Dataanalyse .....	22
2.5 Inkluderte kontrollerte studier .....	22
3. Resultater .....	23
3.1 Informanter .....	36
3.2 Studienes diagnostiske kriterier .....	36
3.3 Studienes spiseforstyrrelser .....	37
3.4 Studienes risikofaktorer .....	38
3.4.1 Sammenfatning av risikofaktorene .....	41
3.4.2 Studienes oppfølgingstid .....	42
3.4.3 Informantenes alder .....	43
4. Diskusjon .....	43
4.1 Oppsummering av arbeid og funn .....	43
4.2 Kontrollerte studier versus ukontrollerte studier .....	44
4.3 Risikofaktorer for selvmord, selvmordsforsøk og selvskade. ....	45
4.4 Oppgavens styrker og svakheter .....	52
5. Konklusjon .....	53
6. Litteraturliste .....	55

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Vurdering av selvmordsfare er en av de vanskeligste og mest utfordrende oppgaver helsepersonell stilles ovenfor. Å jobbe med psykisk helse innebærer en risiko for å gjøre feilvurderinger på dette området, med de tragiske konsekvenser dette kan ha for det enkelte individ og for deres pårørende. For helsepersonell er det derfor nødvendig å øke kunnskapen innenfor temaet suicidologi.

De fleste psykiske lidelser er forbundet med forhøyet risiko for selvmord og selvmordsatferd. Ved selvmord viser Retterstøl et al., (2002) til en rekke studier som dokumenterer at mer enn 90% som har tatt sitt eget liv har, eller har nettopp hatt, en psykisk lidelse. Ved å undersøke selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser vil denne studien kunne oppsummere felles forebyggende tiltak, i dette tilfellet risikofaktorer, hos spiseforstyrrede.

Spiseforstyrrelse er en psykiatrisk lidelse der spesielt anoreksia nervosa (AN) er forbundet med høye selvmordsrater (Arcelus et al., 2011) og bulimi nervosa (BN) er forbundet med høy forekomst av selvmordsforsøk (Forcano et al., (2009). I følge Franko og Keel, (2006) har flere studier funnet høye selvmordsrater hos pasienter med AN, men lavere selvmordsrater hos pasienter med BN. Studien henviser til Sullivan, (1995) som konkluderer at selvmordsraten ved AN er mer enn 200 ganger høyere enn i den generelle befolkningen. Antall selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelse er forsøkt dokumentert i en metaanalyse gjort ved Loughborough Universitetet i England i 2011. Studien forteller oss at 1 av 5 med AN tar sitt eget liv. Tall for BN og overspising var i studien ikke mulig å tallfeste.

Selvmordsforsøk utføres i følge Franko og Keel hos 3-20% av pasientene med AN, og 25-35% av pasientene med BN.

I følge en relativt ny studie referer Suokas et al., (2012) til Harris and Barraclough, (1998), der AN blir betegnet som den psykiatriske lidelsen med høyest dødelighet. Dette gjelder død ved somatiske komplikasjoner og ved selvmord. Suokas studien bekrefter tidligere funn hvor selvmordsrisikoen er forhøyet blant personer med spiseforstyrrelser.

I denne oppgaven vil risikofaktorene for selvmord og selvmordsforsøk bli forsøkt kartlagt innenfor feltet spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser forstås som en kompleks sykdom med flere sykdomsvariasjoner der problemet er et forstyrret forhold til kropp og mat (Røer, 2006). Spiseforstyrrelsens inndeling utdypes i teoridelen.

I følge Statistisk sentralbyrå ble det i 2012 registrert 515 personer som døde av selvmord her til lands. Når det kommer til selvmordsforsøk er tallene mindre håndfaste da det ikke foreligger noen nasjonal oversikt. Hvor store de egentlige tallene er, er vanskelig å si noe sikkert om. Antydninger tilsier at det er ti ganger så mange selvmordsforsøk som det er fullbyrdete selvmord her i landet. Altså 6000-8000 selvmordsforsøk i året, og at overvekten særlig gjelder kvinner og yngre mennesker (Mehlum, 1999).

## **1.2 Formålet med oppgaven**

Formålet med oppgaven er å gi en fullstendig og oppdatert oversikt over kontrollerte studier som oppgir risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser. Kontrollerte studier gir høyere grad av sikkerhet i funn siden kontrollgruppen vurderer gyldigheten av dokumentasjonen.

En slik oversikt vil kunne bidra til mer målrettet forskning på området og være til hjelp sett uti fra et forebyggende perspektiv. For eksempel ved behandling og håndtering av pasientgruppen. Kunnskapen vil kunne bidra til bedre kliniske vurderinger og beslutninger i forhold til selvmordsrisiko. Det vil eksempelvis være relevant ved spørsmål om innleggelse ved avdelinger i psykisk helsevern, og i et behandlingsforløp i forbindelse med selvmordsadferd<sup>1</sup>. Oversikten vil også kunne bidra til økt forståelse av den spiseforstyrredes selvmordsatferdsmønster. Målet med denne studien vil på bakgrunn av gitte søkeord og problemstilling være den første i sitt slag på dette området.

---

<sup>1</sup> Innebefatter vanligvis gjennomførte selvmord, selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvskadende handlinger (Damsted et al., 2006).



### **1.2.1 Eksisterende litteratur**

Pr. mars måned 2014 er det ikke publisert noen systematisk oversikt over studier av risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser. Pompili et al., skrev i 2003 en systematisk litteraturstudie som blant annet beskriver ulike risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk ved AN. Data som omhandler BN og selvmord ble ikke beskrevet grunnet manglende informasjon. Artikkelen er, i tillegg til at den er mer enn ti år gammel, kun på italiensk og derfor ikke tilgjengelig for internasjonale kliniske miljøer. I 2006 skrev Franko og Keel en systematisk litteraturgjennomgang som oppsummerer publiserte studier vedrørende selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser. Her med fokus på rater av forekomst, kliniske korrelater og implikasjoner for helsepersonell. Studien har benyttet flere ukontrollerte studier som kilder, noe som reduserer gyldigheten av dokumentasjonen. I motsetning til denne studien er andre søkeord benyttet for innsamling av datamateriale. Ved å ekskludere ”risikofaktor” som søkeord og inkludere ”dødelighet” har Franko og Keel andre referanser og bare fire av denne oppgavens inkluderte forskningsartikler i referanselisten.

Flere artikler innenfor tematikken spiseforstyrrelser innleder med å fremme påstander ved å beskrive risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk hos spiseforstyrrede på bakgrunn av tidligere forskningsstudier uten kontrollgruppe ( Fenning et al., 2010; Fedorowicz et al., 2007). Andre baserer seg på fakta tilhørende artikler uten definerte risikofaktorer for selvmord, kun for død (Foulon et al., 2007). På grunn av få kontrollerte studier innenfor dette feltet, hindrer det et større sammenligningsgrunnlag (Bulik et al., 2008; Fenning et al., 2010; Stein et al., 2004; etc.) Sullivan et al., (1998) beskriver i sin kasus-kontroll-studie at flere forskningsstudier vedrørende utfall ved AN har flere metodiske svakheter. Disse svakhetene gir seg utslag ved få informanter, dårlige definisjoner og ustandardiserte og ustrukturelle diagnostiske metoder.

### **1.2.2 Systematiske litteratursøk og oversikter**

For å kunne besvare et faglig spørsmål er en komplett oppdatert sammenfatning av all relevant kunnskap viktig. En systematisk oversikt er en eksplisitt og systematisk måte å samle kunnskapen på. Med eksplisitt menes ”synlig” og ”forståelig” slik at andre i ettertid kan få

innblikk i og bedømme fremgangsmåten (metoden) som er benyttet. Systematisk innebærer systematikk i innhenting og vurdering av dokumentasjon (Bjørndal et al., 2007).

En systematisk oversikt skal ha:

- et klart definert formål
- benyttet en omfattende søkestrategi for å finne alle aktuelle studier
- klare inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier i forhold til hvilke studier som skal være med og ikke
- en kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene
- gode metoder for å sammenstille resultatene (Bjørndal et al., 2007).

Et systematisk litteratursøk sikrer at alle relevante studier er inkludert og en unngår skjevheter i utvalget av litteratur. Dette grunnet eksplisitte søke-, inklusjon- og eksklusjonskriterier som sikrer objektivitet i innsamling, tolkning av data og i konklusjon.

### 1.3 Presisering av problemstilling

Følgende overordende problemstilling kan utledes fra oppgavens formål:

**Hvilke risikofaktorer er funnet i verdenslitteraturen for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser?**

Videre vil jeg presisere og redegjøre mer inngående for denne problemstillingen.

Innenfor feltet suicidologi benyttes ulike begreper og definisjoner. Jeg vil derfor presisere de definisjonene som vil bli benyttet i denne oppgaven.

I problemstillingen er ordet personer benyttet i stedet for pasienter og oppgaven vil kunne innlemme studier der informantene ikke er i en form for behandling. Dette i utgangspunktet for å få et større søkebarometer men også for å innlemme et bredere utvalg av personer med spiseforstyrrelser enn bare de som er i behandling.

### **1.3.1 ICD-10 og DSM-IV**

Så å si all medisinsk forskning, inkludert forskning innenfor spiseforstyrrelsesfeltet, benytter DSM-systemet. Dette systemet er navnet på et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser utgitt første gang i 1952 (DSM-I). DSM-III, den tredje utgaven, utkom i 1980, og beskrev inklusjons- og eksklusjonskriteriene for å kunne stille en psykiatrisk diagnose. Siden er to revisjoner utkommet: DSM-III-R i 1987 og DSM-IV i 1994. Systemet har påvirket utformingen av ICD-10 som er det offisielle diagnosesystemet i Norge og det internasjonale klassifikasjonssystemet (Store norske leksikon, 2014). Det gir grunnlag for å fremheve viktige forskjeller mellom ICD-10-diagnostikk og kriteriene for de ulike spiseforstyrrelsene i DSM-IV. Ulike DSM-versjoner har vært benyttet i forskningslitteraturen der eksempelvis DSM-III opererte med et langt mer restriktivt vekttapskriterium (25%) enn det som både ICD-10 og DSM-IV benytter. Pasienter inkludert i eldre studier kan derfor være dårligere enn i nyere studier, og fører til at resultatene ikke nødvendigvis er sammenlignbare (Statens helsetilsyn, 2000).

### **1.3.2 Spiseforstyrrelser**

Spiseforstyrrelser kan være en normal reaksjon på belastning og krise. Ved stress reagerer de fleste mennesker med forandret spisemønster. Når belastningene går over, vil normal spiseadferd gradvis kunne vende tilbake. Vedvarer belastningene, kan endringene i spisemønsteret få en mer alvorlig karakter og en kan utvikle ulike former for spiseforstyrrelser (Rør, 2006). Ved spiseforstyrrelser er maten og kroppen blitt et språk for å takle problemer og følelser, og spiseforstyrrelsen handler om lav eller svingende selvfølelse. Å kunne kontrollere kropp og mat kan være et forsøk på å oppnå kontroll og bedre selvfølelse. En nyttig definisjon vil være at alvorlig spiseforstyrrelse foreligger når personens forhold til mat forstyrrer eller hindrer normal fungering sosialt, i skolesammenheng eller i arbeidslivet i en periode på over seks måneder (Skårderud, 2000).

Spiseforstyrrelser er såkalt multisymptomlidelser, sammensatt av flere symptomer. Noen ganger er spiseforstyrrelser en følge av andre psykiske lidelser, andre ganger en primær forstyrrelse som fører til en rekke andre psykiske plager.

Spiseforstyrrelser rammer både jenter og gutter, kvinner og menn. Jenter og kvinner er mest utsatt, men det betyr ikke at dette er en ren jente- og kvinnelidelse (Skårderud, 2000). Man regner at 10 – 20 % av dem som lider av spiseforstyrrelse er menn (Götestam et al., 1995).

Spiseforstyrrelser i ICD-10 faller inn under atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer:

#### Anorexia nervosa (AN)

Lidelsen kjennetegnes av et bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av personen. Lidelsen forekommer hyppigst hos tenåringsjenter og unge kvinner, men tenåringsgutter og unge menn kan og rammes, samt barn i prepuberteten og kvinner frem til overgangsalder. Frykten for fedme er påtrengende og overdimensjonert og personen fastsetter en lav idealvekt på seg selv. Vanlig med underernæring av varierende alvorlighetsgrad. Symptomene kan være innskrenket valg av matsorter, overdreven trening, selvframkalte brekninger og bruk av appetittdependerende midler (Helsedirektoratet, 2014).

Lidelsen AN deles inn i to hovedtyper; den overspisende og eller rensende typen, og den restriktive typen som ikke spiser (Rør, 2006).

#### Atypisk AN

Kategorien benyttes for individer som mangler ett eller flere av de mest sentrale kjennetegnene ved AN, som betydelig vekttap eller uteblitte menstruasjoner (Helsedirektoratet, 2014).

#### Diagnosekriteriet

Både ICD-10 og DSM-IV har samme kriterium for vekttap ved AN, men DSM-IV angir ikke den tilsvarende kroppsmasseindeks. ICD-10 krever en definert hormonell forstyrrelse, knyttet opp mot tap av menstruasjon, men krever ikke fortløpende tap av menstruasjon i minst tre måneder slik det gjøres i DSM-IV. Begge systemene beskriver kroppsbildeforstyrrelsen, men ICD-10 nevner en ekstrem frykt for overvekt, og har ikke inkludert at en slik frykt vedvarer ved undervekt, slik DSM-IV påpeker. DSM-IV er alene om å spesifiserer subgruppene AN-R (restriktiv) og AN-P (rensende) (Statens helsetilsyn, 2000).

## Bulimia nervosa (BN)

Lidelsen kjennetegnes av gjentatte anfall med overspising og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekten. Dette fører til et mønster med overspising som etterfølges av oppkast eller bruk av avføringsmidler. Lidelsen har mange felles symptomer med AN, blant annet ekstrem opptatthet av kropp og vekt. Gjentatte brekninger kan lett gi elektrolyttforstyrrelser og fysiske komplikasjoner. I sykehushistorien er det en episode med AN noen måneder eller år tidligere (Helsedirektoratet, 2014).

### 2 subtyper ved BN:

- Personen selv fremkaller brekninger. Vanligvis ved å utløse brekningsrefleks eller inntak av brekningsmiddel for raskt å fjerne mat fra kroppen før den kan fordøyes.
- Personer som ikke fremkaller brekninger men kan overdrive treningen eller faste etter overspising for å bli kvitt kaloriene (Barlow og Durand, 2002).

### Atypisk BN

Lidelser som oppfyller enkelte kjennetegn ved BN, men der det samlede kliniske bilde ikke gir grunnlag for diagnosen. Gjentatte anfall med overspising og misbruk av avføringsmidler kan foreligge uten at en markant vektforandring er til stede, eller den ekstreme opptattheten av kropp og vekt mangler (Helsedirektoratet, 2014)

### Diagnosekriteriet

DSM-IV legger mer vekt på kontrolltapet i de bulimiske episodene enn ICD-10 systemet. De spesifiserer at slike episoder må forekomme minst to ganger pr. uke i minimum 3 måneder, og at vekt og kroppsform styrer personens vurdering av seg selv i for stor grad. DSM-IV spesifiserer subtypene BN-P (brekningsadferd) og BN-NP (ikke brekningsadferd). ICD-10 hentyder i sterkere grad at AN kan være en forløper til BN (Statens helsetilsyn, 2000).

### Andre mindre utbredte spiseforstyrrelser

Overspising: gjentatte episoder med overspising der spisingen skjer innenfor et avgrenset tidsrom og der mengden mat er større enn normalt (Helsedirektoratet, 2014).

Oppkast forbundet med andre psykiske lidelser

Andre spesifiserte spiseforstyrrelser; "pica<sup>2</sup> og psykogen appetittløshet

Uspesifisert spiseforstyrrelse; brukes når en person er betydelig plaget av en spiseforstyrrelse, men mangler et eller flere nødvendige symptomer for å oppfylle en annen diagnose, eller symptomene på forskjellige måter er atypiske (Helsedirektoratet, 2014).

I følge Statens helsetilsyn, (2000), er det ofte vanskelig å skille mellom diagnosene AN, BN og uspesifisert spiseforstyrrelse. Det finnes betydelig overlapping mellom personer som er diagnostisert med disse lidelsene. Små endringer i en persons atferd eller holdning kan endre en diagnose fra AN overspisende type til BN. Det er ikke uvanlig for en person med en spiseforstyrrelse å gå gjennom ulike diagnoser ettersom atferden og holdningene hos vedkommende endres over tid.

### **1.3.4 Komorbiditet**

Psykiske lidelser, deriblant spiseforstyrrelser, har høy komorbiditet, det vil si samtidige sykdommer. Omkring halvparten av psykiatriske pasienter generelt har mer enn en diagnose (Weisæth et al., 2000). Psykiatrisk komorbiditet ved spiseforstyrrelser knytter seg først og fremst til personlighetsforstyrrelser som er en Akse II lidelse (Tabell 1, Westen og Harden-Fischer, 2001). En metaanalyse av forskningslitteraturen (Rosenvinge et al., 2000) viser at gjennomsnittlig nær 60 % av pasienter med spiseforstyrrelser har en eller annen form for personlighetsforstyrrelse. Det er ikke store forskjeller mellom AN og BN. For pasienter innlagt i psykiatrisk sykehus er andelen høyere. Pasienter med AN faller inn under engstelig/unnvikende og avhengig personlighetsforstyrrelse. Pasienter med BN kan ha en ustabil personlighetsforstyrrelse, narsissistisk, hysteriform, unnvikende eller avhengighetsforstyrrelse. Klinikere har antatt at det er en forbindelse mellom BN og ustabil personlighetsforstyrrelse, men dette kan ikke dokumenteres ut fra forskningslitteraturen (Skodol et al., 1993).

---

<sup>2</sup> Voldsomt behov for å spise noe som ikke inngår i normal føde, eksempelvis avisapir, sement, jord eller en abnormt lyst på enkelte matvarer hos voksne.

Akse I lidelser som alvorlig depresjon, tvangslidelser og rusmisbruk er kan være komorbide lidelser ved spiseforstyrrelser (Tabell 1, Westen og Harden-Fischer, 2001). Alvorlig depresjon finnes hos 50 – 75 % av pasienter med AN og BN (Halmi et al., 1991 og Braun et al., 1994). Pasienter med AN har en livstidsprevalens<sup>3</sup> på 25 % for tvangstilstander (Skodol et al., 1993 og Halmi et al., 1991), omtrent det samme som for BN (Braun et al., 1994). Opptil 40 % av pasienter med BN og nær 20 % av AN pasientene har et rusmiddelmisbruk (Halmi et al., 1991).

**Tabell 1**

Komorbide lidelser ved spiseforstyrrelser		
Akse I	Akse II	
<a href="#">depresjon</a>	<a href="#">tvangspreget personlighetsforstyrrelse</a>	
<a href="#">rusmisbruk, alkoholisme</a>		<a href="#">borderline personlighetsforstyrrelse</a>
<a href="#">angstlidelser</a>		<a href="#">narsissistisk personlighetsforstyrrelse</a>
<a href="#">tvangslidelser</a>	<a href="#">histrionisk personlighetsforstyrrelse</a>	
<a href="#">ADHD</a>		<a href="#">unnavikende personlighetsforstyrrelse</a>

### 1.3.3 Ulikheter ved det å ha en spiseforstyrrelse

Det er store individuelle forskjeller ved det å ha spiseforstyrrelser. Enkelte klarer å håndtere arbeids- og familieliv på tross av sykdommen. Andre er innlagte i lange perioder, klarer ikke å jobbe og evner ikke å opprettholde et sosialt nettverk. Eksempelvis ved BN der noen har normal BMI, andre er undervektige eller overvektige.

<sup>3</sup> Prevalens: Angir andelen av befolkningen som har sykdommen på et gitt tidspunkt (Aalen et al., 2006).

### **1.3.4 Forekomst**

Det er stor variasjon i forekomsttall. Dette skyldes at studier har brukt metoder som er vanskelige å sammenlikne. Man ser overdrevne forekomsttall og antakelser om dramatisk epidemi av spiseforstyrrelser i befolkningen. Dette skyldes hovedsakelig bruk av upresise eller inadekvate epidemiologiske metoder. Det er indikasjoner på at insidensen<sup>4</sup> av AN har vært relativt stabil de siste 25 årene, muligens med en svakt økende insidens for BN. En økning i ønske om hjelp innenfor hjelpeapparatet betyr ikke nødvendigvis økt insidens i befolkningen. Sikre studier beskriver 10 – 40 nye tilfeller av AN per 100 000 kvinner per år, samt en prevalens på 0,2 – 0,4 %. Nye årlige tilfeller av BN varierer, men man regner 5 – 65 tilfeller per 100 000 kvinner per år. Prevalensen av BN er høyere enn ved AN, omkring 1 – 2 % (Statens helsetilsyn, 2000). For overspisingslidelse antydes det en prevalens på mellom 1,5 % og 3,2 % (Rosenvinge og Sundgot-Borgen, 1999). Tall for menn er ikke beskrevet. Ca. 50 000 norske kvinner mellom 15 og 45 år har en alvorlig spiseforstyrrelse (Rosenvinge og Gøtestam, 2002).

## **1.4 Selvmordsadferd**

### **1.4.1 Selvmord**

En vanlig definisjon som gjennom Retterstøl et al., (2002) har vært mye benyttet i Norge er:

”Selvmord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden.”

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer selvmord slik:

”Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandringer” (Retterstøl et al., 2002).

---

<sup>4</sup> Måler forekomsten av sykdomstilfeller i en bestemt befolkningsgruppe i løpet av en begrenset tidsperiode (Aalen et al., 2006).



Kompleksiteten i hva som menes med intensjon om å dø, gjør det vanskelig å gi en tydelig definisjon på selvmord.

### **1.4.2 Selvmordsforsøk**

For å beskrive selvmordsatferd som ikke ender med døden brukes begrep som selvmordsforsøk, parasuicid og selvskade/villet egenskade. Definisjonen av hvert av disse begrepene varierer og bidrar til forvirring når det gjelder hvilken type adferd dette dreier seg om.

En mye benyttet definisjon er:

”Selvmordsforsøk omfatter situasjoner, der en person har utvist en faktisk eller tilsynelatende livstruende atferd med den hensikt å sette sitt liv på spill eller å gi det utseende av en slik hensikt, men som ikke har resultert i døden” (Mehlum, 1999).

Et annet eksempel på definisjon er:

”Selvmordsforsøk er en selvforvoldt, livstruende handling som ikke resulterer i døden” (Mehlum, 1999).

Forskning har vist at mange tilfeller som tradisjonelt omtales som selvmordsforsøk, ikke handler om et reelt forsøk på å ta sitt eget liv. I ca. 50% av tilfellene har personene andre intensjoner med sin handling enn det å avslutte livet (Hjelmeland, 1995 i Mehlum, 1999).

Parasuicid begrepet ble introdusert i 1969 og inkluderer selvmordsadferd både med og uten selvmordsintensjon, reelle selvmordsforsøk, selvpåførte skader og forgiftninger uten intensjon om å ta sitt eget liv (Mehlum, 1999). Begrepet er noe omstridt da flere tilfeller som tilfredsstiller definisjonen av parasuicid, ikke dreier seg om et egentlig selvmordsforsøk (Ekeberg, 2001).

### **1.4.3 Selvmordstanker**

Omfatter adferd hvor vedkommende selv forteller at han går med tanker om å gjøre slutt på livet. Dette er tanker som spontant kan bli fortalt andre, bli bekreftet når man spør vedkommende, eller tanker som vedkommende ikke meddeler til andre (Retterstøl et al., 2002).

### **1.4.4 Selvskade/villet egenskade**

Selvskade kan defineres slik:

”Selvskading følger av en tvang eller impuls til å påføre fysisk skade på egen kropp, motivert av behovet for å mestre psykologisk smerte eller gjenvinne følelsesmessig balanse. Handlingen er vanligvis utført uten suicidale, seksuelle eller dekorative hensikter” (Sutton, 2007).

Villet egenskade kan defineres slik:

En handling som ikke ender med døden, hvor individet med vilje gjør en eller flere av følgende punkter:

- Initiert atferd (for eksempel kutte seg selv, hoppe fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv.
- Inntak av medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose.
- Inntak av illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv.
- Svelge et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand.

Definisjon av villet egenskade omfatter enhver handling hvor intensjonen er å skade seg selv, med eller uten ønske om å dø (Ystgaard et al., 2003).

I andre definisjoner er villet egenskade det overgripende begrepet, og selvskade definerer den delen av villet egenskade som er utført uten intensjon om å ta sitt eget liv (Mehlum & Holseth, 2008). Ved selvskadende adferd skilles det mellom med selvmordsintensjon og uten

selvmordsintensjon. Å vurdere graden av selvmordsintensjon som ligger bak selvskadende adferd kan være vanskelig. For at en handling skal kunne kategoriseres som suicidal er det ikke enighet om hvor stor grad av selvmordsintensjon som kreves. Noen mener at selvskading som ikke resulterer i død kommer inn under begrepet selvmordsforsøk. Selvskadene adferd uten selvmordsintensjon inkluderes dermed i spekteret selvmordsadferd (Miller et al., 2006), og selvmordsforsøk inkluderes sammen med selvskadende adferd. Det er ofte gråsoner og glidende overganger mellom selvskade og selvmordsadferd, noe som gjør at de forskjellige begrepene er vanskelige å skille fra hverandre.

Å ha en spiseforstyrrelse er å skade seg selv, da sykdommen faller inn under betegnelsen indirekte. Spiseforstyrrelsen i seg selv er en form for selvskade og eksisterer på lik linje med andre former for selvskadende adferd. Spiseforstyrrelser, spesielt AN, har en underliggende selvdestruktiv årsak (Lewitt et al., 2004). Både spiseforstyrrelser og selvskading beskytter og avleder psykisk smerte samtidig som den gjør den fysisk (Retterstøl et al., 2002). Ved å påføre seg selv smerte vil en kunne regulere indre uro og spenninger. Selvskading er en metode for å avlede sinne, fortvilelse, angst og en følelse av tomhet. Spiseforstyrrelser er knyttet til opplevelsen av ikke å ha kontroll. Når man skader seg kan det gi en følelse av kontroll (Skårderud, 2000).

### **1.4.5 Risikofaktorer**

En risikofaktor er en variabel som øker eller minsker sannsynligheten for et bestemt utfall (Aalen et al., 2006). I denne oppgaven vil risikofaktorer for selvmord være en variabel som øker sannsynligheten for at en person med spiseforstyrrelser vil ta sitt eget liv. Risikofaktorer for selvmordsforsøk vil være variabler som øker sannsynligheten for at en person med spiseforstyrrelser vil gjennomføre et selvmordsforsøk. Risikofaktorer for selvskade vil være variabler som øker sannsynligheten for at en person med spiseforstyrrelser vil gjennomføre en form selvskade.

## 2. Metode

Formålet med denne oppgaven er å lage en systematisk litteraturgjennomgang av studier som oppgir hvilke risikofaktorer som ligger til grunn for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser. For å identifisere alle relevante enkeltstudier på området, ble det benyttet følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

1. Alle studier som oppgir data på risikofaktorer for selvmord eller selvmordsforsøk blir inkludert, selv om målet med studien er et annet.
2. Studien må ha vært publisert i engelskspråklige eller nordiske fagtidsskrifter. Upubliserte doktorgrader, hovedoppgaver og innlegg på fagsymposier utelukkes.
3. Kriterier for diagnostikk av spiseforstyrrelsen må fremkomme i artikkelen.
4. Informantene i det enkelte studie må helt eller delvis bestå av personer med en spesifikk spiseforstyrrelse.
5. Studien må ha en kontrollgruppe.

For at litteratursøket skulle finne mest mulig tilgjengelig empiri, har det vært nødvendig å utføre søket med brede søkeord og grenser. Det vide empiriske spekteret innen feltet, gjenspeiler seg i resultatene av søket og i oversikten over inkluderte studier. Oppgavens problemstilling omhandler kartlegging av risikofaktorer. Det er derfor utenfor oppgavens avgrensing å gjøre rede for andre resultater enn risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk fra de inkluderte studiene.

### 2.1 Systematiske litteratursøk:

Det systematiske litteratursøket er utført i følgende databaser:

#### 2.1.1 Psycinfo

Søket omfattet perioden fra databasens oppstart i 1806, til og med uke 2 januar 2014.

Følgende søk med nevnte søkeord ble gjennomført, med følgende antall treff:

- "Eating disorders", "risk factors", "suicide" and suicide attempt" som nøkkelord:  
76 treff

- "Eating disorders", "risk factors", "self-harm/self-injurious/self destructive behavior" som nøkkelord: 50 treff

### **2.1.2 Embase**

Søket omfattet perioden fra 1980 til og med uke 2 i 2014. Følgende søk med nevnte søkeord ble gjennomført, med følgende antall treff:

- "Eating disorders", "risk factors", "suicide" and "suicide attempt" som nøkkelord: 188 treff

### **2.1.3 Medline**

Søket omfattet perioden fra 1946 til og med uke 2 januar 2014. Følgende søk med nevnte søkeord ble gjennomført, med følgende antall treff:

- "Eating disorders", risk factors", "suicide" and "suicide attempt" som nøkkelord: 122 treff
- "Anorexia nervosa", "risk factors", "suicide" and "suicide attempt" som nøkkelord: 37 treff
- "Bulimia nervosa", "risk factors", "suicide" and "suicide attempt" som nøkkelord: 29 treff
- "Eating disorders", "risk", "suicide" and "suicide attempt" som nøkkelord: 202 treff
- "Eating disorders", "risk factors" and "self-harm/self-injurious behavior": 97 treff

### **2.1.4. PubMed**

Søket omfattet perioden fra 1911 til og med uke 2 januar 2014. Følgende søk med nevnte søkeord ble gjennomført, med følgende antall treff:

- "Eating disorders" and "risk factors" and "suicide" and "suicide attempt" som nøkkelord: 72 treff

- “Risk factors” and “eating disorders” and “self-harm” som nøkkelord: 23 treff

Totalt ble 896 artikler identifisert i de fire databasene.

## **2.2 Valg av studier**

Samtlige sammendrag til artikler som fremkom ved det elektroniske søket ble gjennomlest av forfatteren (A.W.S.). Alle artikler hvor tittel og sammendrag ga indikasjoner på at de kunne inneholde risikofaktorer ble fremskaffet i full tekst, og vurdert med hensyn til inklusjon i henhold til ovennevnte kriterier. Vurderingen ble utført av A.W.S. alene og tvilstilfeller ble diskutert og avklart med veileder F.A.W.

## **2.3 Dataanalyse**

I den foreliggende litteraturen er det variasjon med hensyn til rekrutteringsmetode, rekrutteringskriterier og diagnostiske kriterier, oppfølgingstid og alder blant informantene. Undersøkelsene er relativt ulike, noe som gjør en statistisk samleanalyse uhensiktsmessig. Metaanalyse som design ble forkastet til fordel for en systematisk litteraturstudie.

## **2.5 Inkluderte kontrollerte studier**

I oppgaven inkluderes kasus-kontroll-studier, kohortstudier og tverrsnittstudier. I alle tre gruppene er det nødvendig at studien inneholder en kontrollgruppe. Dette for å kunne gi et sammenligningsgrunnlag som fastsetter forskningens grundighet. For en kasus-kontroll-studie er dette elementært. I en kohortstudie er det vesentlig at studien utfører en sammenligning slik at man i større grad kan stole på resultatet. Mange kohortstudier har bare et beskrivende design og er lange oppfølgingsstudier uten sammenligningsgrunnlag. Tverrsnittstudier tar for seg en gruppe mennesker på et bestemt tidspunkt og måler noe opp mot en kontrollgruppe. De benytter ikke oppfølgingstid (Bjørndal et al., 2007).

### 3. Resultater

Resultatpresentasjonen er strukturert på følgende måte: Først beskrives hvilke studier som inngår i oversikten, og hvilke som er blitt gjennomlest, vurdert og ekskludert. Inkluderte studier er alfabetisk presentert i tabell 3, 4 og 5. Tabell 3 viser en oversikt over kasus-kontroll-studier, tabell 4 viser en oversikt over kohortstudier og tabell 5 viser en oversikt over tverrsnittstudier.

Risikofaktorer for selvmordsforsøk med en referanse (enkeltfaktorer) er notert i tabell 3,4 og 5. De står beskrevet i resultatdelen, men vil på grunn av lite datamateriale vedrørende den enkelte risikofaktor ikke bli videre diskutert og ikke innlemmet i konklusjonen.

Risikofaktorer med to eller flere referanser vil bli diskutert og innlemmet i konklusjonen. Dette på grunn av svært mange enkelte risikofaktorer ved selvmordsforsøk.

Studiene er inndelt i kolonner der overskrifter som referanser, studiedesign, informanter, kontrollgruppe, diagnosekriteriet, oppfølgingstid, spiseforstyrrelsestype, selvmord eller selvmordsforsøk (selvskading), formål med studien og risikofaktorer er satt. Følgende inndeling er foretatt for å kunne leseren en best mulig oversikt over de viktigste punktene i den enkelte studie. På denne måten vil en kunne drøfte dataene til de fleste av overskriftene.

De systematiske litteratursøkene resulterte i 45 studier hvorav følgende 13 studier oppfylte inklusjonskriteriene:

Anderson et al., (2002), Bulik et al., (1999), Corcos et al., (2002), Forcano et al., (2009), Forcano et al., (2011), Franko et al., (2004), Guillaume et al., (2011), Nickel et al., (2006a), Nickel et al., (2006b), Pisetsky et al., (2013), Huas et al., (2013), Yamaguchi et al., (2000) og Youssef et al., (2004).

Følgende artikler ble gjennomlest, vurdert og ekskludert:

Systematiske litteraturstudier: Dancyger et al., (2005), Franko og Keel, (2006), Pompili et al., (2004), Pompili et al., (2006), Preti et al., (2011).

Studier som inneholder risikofaktorer for selvmord og annen type død, men som ikke skiller ut spesifikke risikofaktorer for selvmord: Button et al., (2010), og Patton, G. C. (1988).

Studier som inneholder risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk men mangler kontrollgruppe: Bulik et al., (2008), Favaro et al., (1996), Favaro et al., (1997), Favaro et al., (1998), Favaro et al., (1999), Favaro et al., (2000), Favaro et al., (2004), Favaro et al., (2008), Fenning et al., (2010), Foulon et al., (2007), Fedorowicz et al., (2007), Fenning et al., (2010), Foulon et al., (2007), Hatsukami et al., (1986), Herzog et al., (2000), Holm-Denoma et al., (2008), Huas et al., (2011), Keel et al., (2003), Milos et al., (2004), Miotto et al., (2003), Patton et al., (1988), Phillips et al., (2005), Ruuska et al., (2005), Stein et al., (2004) og Sullivan et al., (1995).

**Tabell 2: Forkortelser benyttet i Tabell 3, 4 og 5**

AN-R	Anorexia nervosa, restricting type	Anoreksia nervosa restriktiv adferd (spiser ikke)
AN-P	Anorexia nervosa, purging type	Anoreksia nervosa brekningsadferd
AN-B/P	Anorexia nervosa, binge-eating/purging type	Anoreksia nervosa overspising/brekningsadferd
AN-B	Anorexia nervosa, binge-eating type	Anoreksia nervosa overspisingsadferd
BN-R	Bulimia nervosa, restricting type	Anoreksia nervosa restriktiv adferd
BN-NP	Bulimia nervosa, non purging type	Bulimi nervosa ikke brekningsadferd
BN-P	Bulimia nervosa, purging type	Bulimi nervosa brekningsadferd
AN-BN	Anorexia nervosa/Bulimia nervosa	Oppfyller kriteriene for både anoreksia nervosa og bulimi nervosa



**Tabell 3<sup>5</sup>: Oversikt over inkluderte kasus-kontroll-studier**

Referanser (land)	Studiedesign	Informanter	Kontrollgruppe	Diagnosekriterier	Oppfølgings- tid	Spise- forstyrrelse	Selv mord, selvmordsforsøk (SF) eller selvskaade	Formål med studien	Risikofaktorer
Bulik et al., (1999), USA	Kasus- kontroll- studie	Pasienter ved en spiseforstyrrelses- klinikk.  AN = 68 Alder: 23-48 år  BN = 152 Alder: 17-45 år  Totalt = 220 kvinner.	Sammenlignings- gruppe: 59 kvinner med alvorlig depresjon, uten spiseforstyrrelse. Alder: 18-45 år.	DSM-III-R	0	AN og BN	SF	Undersøke relasjonen mellom personlighetstrekk og SF blant kvinner med AN, BN og alvorlig depresjon	Signifikant flere kvinner med BN og alvorlig depresjon hadde gjennomført SF enn BN kvinner uten depresjon. Hos personer med AN: ingen ulikhet  Lavere grad av uavhengighet ("lower self- directedness") og høyere evne til å bryte grensene for det individuelle selvet (higher self— transcendence") blant de (både AN og BN) med gjennomført SF.

<sup>5</sup> I tabell 3, 4 og 5 blir betegnelsen rusmisbruk benyttet som samlebetegnelse på alkoholmisbruk, alkoholavhengighet, misbruk av illegale medisiner og narkotiske stoffer.

Forcano et al., (2009), Spania	Kasus-kontroll-studie	Polikliniske pasienter ved avd. for spiseforstyrrelse ved Universitets-sykehuset i Bellvitge.  Totalt 566 kvinner  BN-R = 417  BN = 47  BN/ uspesifisert spiseforstyrrelse = 102  Alder = (gjennomsnittsalder) = 26,1 år	Sammenlignings-gruppe: De med selvmordsforsøk (SF) og de uten SF.	DSM-IV  SCID I <sup>6</sup>	0	BN-R, BN-NP og BN/ uspesifisert spiseforstyrrelse.	SF	Undersøke prevalensen av SF hos kvinner med BN, og sammenligne spiseforstyrrelses-symptomer, den generelle psykopatologien, impulsiviteten og personligheten mellom individer som har og som ikke har gjennomført SF	Selvmordsforsøkene hadde høyere rater av: spiseforstyrrelses-symptomer, impulsiv atferd, fedme i barndom, alkoholmisbruk blant foreldre.  Sterkeste korrelerte variabler ved SF: lav utdannelse, lav BMI, tidligere behandling av spiseforstyrrelse, lavere grad av uavhengighet ("low self-directedness") og alkoholmisbruk i familien.
Forcano et al., (2011), Spania	Kasus-kontroll-studie	Pasienter ved Bellvitge Universitetssykehus i Barcelona.	146 studenter	DSM-IV  SCID I		AN-R og AN-P	SF	Undersøke prevalensen av livslang SF hos kvinner med AN, og sammenligne de som hadde og de	AN-R: høyt angst nivå: større selvmordsrisiko.  Brekningssatferd og depresjon hos

<sup>6</sup> Diagnoseverktøy som blir benyttet for å skille mellom alvorlige mentale forstyrrelser (Akse I) og personlighetsforstyrrelser (Akse II) (Westen og Harden-Fischer, 2001).

		<p>Totalt 172 kvinner</p> <p>AN-R = 104</p> <p>AN-P = 68</p> <p>Gjennomsnittsalder = 24,7 år.</p>						som ikke hadde gjennomført SF	personer med AN øker risikoen for SF.
Guillaume et al., (2011), Australia	Kasus-kontroll-studie	<p>Tidligere selvmordsforsøkere v/ en spesialavd. v/ Montpellier Universitets sykehus.</p> <p>Totalt 115 pasienter (kjønn ikke oppgitt)</p> <p>AN = 44</p> <p>BN = 64</p> <p>AN-BN = 7</p> <p>Alder: 18-75 år.</p>	235 selvmordsforsøkere uten spiseforstyrrelse, matchet i fht. kjønn, alder og utdanning.	DSM-IV	0	AN, BN og AN-BN	SF	Undersøke om de kliniske karakteristikene ved en suicidal handling avviker fra selvmordsforsøkere med AN, BN og de uten spiseforstyrrelse	<p>AN pasienter; større sannsynlighet for å ha gjennomført et alvorlig SF grunnet større forventning om å dø og økt risiko for alvorlighet i forsøket.</p> <p>BN pasienter avviket ikke fra kontr.gr.</p>
Yamaguchi et al., (2000), Japan	Kasus-kontroll-studie	49 kvinner og 2 menn: innlagte pasienter ved nevropsykiatrisk	107 japanske frivillige (105 kvinner og 2 menn) uten psykisk lidelse	DSM-IV	0	AN, BN og ikke spesifisert spiseforstyrrelse	SF	Undersøke foreldre, personligheten og de	Selvmondsgruppen: signifikant høyere overbeskyttelse fra begge foreldre.

		avd. Tsukuba Universitetssykehus.  AN = 39  BN = 11  Ikke spes.spiseforstyrrelse = 1  Totalt: 51 pasienter  Gjennomsnittsalder: 21,2 år.  De 51 pasientene ble delt inn i 2 grupper; Tidligere SF (Selvmordsgruppen): AN-B/P = 11, BN-P = 3, BN = 1 og ikke spes.spisef. = 1 og Gruppe uten tidligere SF (Ikke selvmordsgruppen): AN-R = 8, ANB/P = 20 og BN-P = 7	og spiseforstyrrelse.  Gjennomsnittsalder: 22,8 år.					symptomatologiske karakteristikene i relasjon til SF blant pasienter med spiseforstyrrelser	Mishandlet som barn, affektiv ustabilitet, ustabil selvbilde, personlighets- forstyrrelse og humørsvingninger
Youssef et al., (2004),	Kasus-kontroll-	Inneliggende og polikliniske	140 personer uten tidligere eller	DSM-IV	0	AN-R , AN-P, BN-NP og BN-P	SF	Undersøke om spesifikke	BN-P: brekningsatferd,

Frankrike	studie	<p>pasienter.</p> <p>Totalt 152 kvinner.</p> <p>AN-R= 66</p> <p>AN-P= 37</p> <p>BN-NP= 9</p> <p>BN-P= 40</p> <p>Alder: mellom 18-24 år.</p>	<p>nåværende avhengighetslidelser</p> <p>Rekruttert blant ansatte i medisinske sentre, studenter fra skoler/høyskoler/ universiteter og blant personer med behov for mindre medisinske og kirurgiske problemer.</p>					<p>personlighetstrekk leder til selvmordsatferd hos personer med spiseforstyrrelser</p>	<p>besettende adferd, sinne og fobiske bekymringer.</p> <p>AN-R; depresjon og antisosial væremåte</p> <p>AN-P; brekningsadferd, "hysteri", psykopatisk avvikende atferd, sjenanse, antisosial væremåte, tvang og lav selvtilitt</p>
-----------	--------	---	---	--	--	--	--	---	---

**Tabell 4: Oversikt over inkluderte kohortstudier**

Referanse (land)	Studiedesign	Informanter	Kontrollgruppe	Diagnosekriterier	Oppfølgings-tid	Spise-forstyrrelse	Selv mord/ selvmordsforsøk (SF) eller selvskading	Formål med studien	Risikofaktorer
Franko et al., (2004), USA	Kohort-studie	<p>Pasienter ved spiseforstyrrelses-avd. v/ Sykehuset i Massachusetts</p> <p>Totalt 246 kvinner</p>	<p>Sammenlignings-gruppe: sammenligner ulikhetene mellom AN m/ SF og AN uten SF.</p> <p>Sammenligner</p>	<p>DSM-IV</p> <p>DSM-III-R</p>	<p>Pasientene ble intervjuet hver 6-12 mnd. i gjennomsnittlig 8,6 år.</p>	AN-R, AN-B/P og BN	SF	<p>Undersøke risiko-faktorer ved alvorlige SF hos kvinner med AN og BN.</p>	<p>AN: depresjon og rusmisbruk.</p> <p>BN: rusmisbruk og bruk av avføringstabletter.</p> <p>Ineffektivitet, menneskelig mistillit, interoseptiv</p>

		AN-R = 51  AN-B/P = 85  BN = 110  Minimumsalder: 12 år. Gjennomsnittsalder: 24,8 år, (13-45 år)	ulikhetene mellom BN m/ SF og BN uten SF.						bevissthet og frykt.
Huas et al., (2012), Frankrike	Kohort-studie	Pasienter ved spiseforstyrrelses-avd. ved Saint-Anne Sykehus i Paris.  Totalt 258 kvinner  BN-P = 230  BN = 28  Alder: ikke oppgitt	Den generelle befolkningen	DSM III-R , DSM-IV, ICD-9 og ICD-10.	10,5 år  6 av 10 registrerte dødsfall var selvmord.	BN og BN-P	Selv mord	Øke kunnskapen om BN og død (selvmord) ved å sammenligne dødsratene innenfor en homogen gruppe av alvorlig inneliggende BN pasienter med den generelle befolkningen.	Tidligere SF og tidligere lav BMI
Nickel et al., (2006a), Tyskland	Kohort-studie	Kvinnelige BN pasienter rekruttert ved bruk av reklame.  Selvmordsgruppe	Sammenligningsgruppe: 148 pasienter med selvmordstanker uten SF.	DSM-IV  SCID I og II	12 mnd.	BN	SF og selvmordstanker	Undersøke ulikheter i familiestruktur og den sosiopsykopatologiske risiko faktorens bindeledd mellom kvinnelige	Selv mordsgruppen: oftere vært utsatt for fysisk og seksuell vold (seksuelt misbruk) i barndommen. Depresjon.

		= 63 pasienter  Alder: over 16 år.						ungdomsbulimikere med selvmordstanker, og de med gjennomført SF.	Ved bruk av trinnvis logisk regresjon; Uønskede familieopplevelser og sosiopsykopatologiske faktorer kan øke risikoen for selvmord hos kvinnelige tenåringer med BN. Disse faktorene/utsagnene opptrådte signifikant oftere i selvmordsgruppen: ”som barn ble jeg enten slått med en pinne eller pisk”, ”jeg hadde ingen retningssans i livet”, ”jeg hadde en følelse av ensomhet på tross av familie og venner”, ”jeg kunne ikke slappe av”, ”vanskeligheter med å takle folkemengder, ”jeg liker ikke å bli berørt “, ”foreldrene har psykiske lidelser”, ”misbruk av stimulerende stoffer”, ”jeg følte meg ensom som barn”.
Nickel et al., (2006b),	Kohort-studie	Inneliggende og polikliniske BN-P pasienter rekruttert gjennom ulike	Sammenlignings-gruppe: 425 deprimerte pasienter uten	DSM-IV  SCID I og II	12 mnd	BN-P	SF	Undersøke sosiopsykopatologiske risikofaktorer ved prospektive observerte SF hos	BN-P: lav BMI.  Seksuell misbruk i barndom, misbruk av

Tyskland		reklame annonser i media, kirker og helseforetak.  Totalt 813 kvinner.  BN-P = 388  SF: 94  Alder: over 16 år.	spiseforstyrrelse.					kvinner med BNP uten alvorlig depresjon og hos kvinner med alvorlig depresjon uten spiseforstyrrelse.	avføringstabletter, rusmisbruk. Ved bruk av trinnvis logisk regresjon: Utsagn: ”Mangel på orientering i livet”, ”ensomhet på tross av familie og venner”, ”utadrettet sinne”, ”kan ikke slappe av”.  66 av de 94 med SF hadde en alvorlig depresjon.  Sosiodemografiske data viser at BN-P pasienter m gjennomført SF er i forhold til kontrollgr. mye yngre, vokst opp med en forelder/på barnehjem, lever alene, er lesbisk/bifil og bor i by.
----------	--	--	--------------------	--	--	--	--	---	--



**Tabell 5 Oversikt over inkluderte tverrsnittstudier**

Referanse (land)	Studiedesign	Informanter	Kontrollgruppe	Diagnosekriterier	Oppfølgings- tid	Spise- forstyrrelse	Selv mord/ selvmordsforsøk (SF) eller selvskading	Formål med studien	Risikofaktorer
Anderson et al. (2002), USA	Tverrsnitt- studie	<p>19 BN kvinner med selvskadende atferd og 28 BN kvinner med tidligere SF.</p> <p>Totalt 47 kvinner.</p> <p>Kvinnene ble rekruttert ved utsendelse av mail til allmennpraktikere og psykisk helsearbeidere. Ved å reklamere på lokale universiteter og polytekniske institutter og benytte den lokale media med tilbud om gratis behandling ved BN.</p> <p>Alder: 17- 45 år.</p>	Sammenligningsgr.: 105 BN kvinner uten selvskadende atferd eller selvmordsatferd	DSM-III-R  SCID/SCID-II	0	BN	Selvskade og SF	Undersøke hvordan kvinner med BN og selvskadende atferd avviker fra kvinner med BN uten selvskadende atferd, og fra kvinner med BN og gjennomført SF med dødelig intensjon.	<p>Selvskade: bruk av avføringstabletter, rusmisbruk, seksuelt misbruk i barndommen og alvorlig depresjon.</p> <p>SF: alvorlig depresjon, lav BMI, tidligere lav BMI, rusmisbruk og angst lidelser.</p>

Corcos et al. (2002), Frankrike	Tverrsnitt-studie	Polikliniske BN pasienter.  Totalt 295 kvinner.  (SF: 82)  BN-P = 202  BN-NP = 68  AN-B/P = 25  Alder: over 15 år.	Sammenlignings-gruppe: BN pasienter med SF = 82 og BN pasienter uten SF = 213.	DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	0	BN-P, BN-NP og AN-B/P	SF	Undersøke frekvensen av SF i en stor populasjon kvinner med BN, og sammenligne demografiske og kliniske karakteristikk av de som har gjennomført SF og de som ikke har.	SF-gruppen: alvorlig depresjon, alvorlige spiseforstyrrelses-symptomer, rusmisbruk, misnøye med egen kropp og impulsiv adferd. Ofte selvmordstanker i ungdomstiden. Tidlig sykdomsdebut. Separasjon fra foreldre og skilsmisse mellom foreldre. Misbruk av avføringsmidler.
Pisetsky et al. (2013) USA/ Sverige	Tverrsnitt-studie	Informantene er en del av den svenske tvillingstudien: Kohorten; "Arv og miljø". Tvillingene er født mellom 1959 og 1985.  Totalt 13,035 kvinner, der 270 har gjennomført SF.  Tallene tar utg.pkt. i (Broad eating disorder group) "bred diagnose-gruppe": 876	Totalt 12159 kvinner uten spiseforstyrrelse  Sammenlignings-gruppe: 190 av 12159 uten spiseforstyrrelse, har gjennomført SF.	ICD-8, ICD-9 og ICD-10 (avh. av hvilket år)  DSM-IV  DSM-5	0	AN-R, AN-B/P, AN-BN, BN og overspising	SF	Undersøke om prevalensen av SF er høyere hos kvinner med spiseforstyrrelser enn hos kvinner uten spiseforstyrrelse  Undersøke om spiseforstyrrelsens funksjon, den komorbide psykopatologien og personlighets-karakteristikkene er assosiert med SF hos kvinner med de ulike	Risikoen for SF er høyere hos individer med brekningsatferd (AN-B/P, AN-BN og BN)  AN-R, AN-B/P og AN-BN: alvorlig depresjon, generalisert angst, spesifikk fobi, obsessiv kompulsiv lidelse, PTSD og rusmisbruk er høyere i gruppen med SF sammenlignet med gruppen uten SF.

		<p>personer med spiseforstyrrelser. Ca. 80 personer (9,3%) av disse har gjennomført SF.</p> <p>Alder: 20-47 år</p>						spiseforstyrrelsene.	
--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------	--

### 3.1 Informanter

Samlet for alle studiene er det 3449 informanter. Guillaume et al., (2011) har som eneste studie ikke oppgitt kjønn. For de studiene der kjønnsfordelingen er oppgitt fordeler det seg slik: 99,9% (3334) kvinner og 0,1% (2) menn. (Anderson et al., 2002; Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Forcano et al., 2009; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Huas et al., 2012; Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b; Pisetsky et al., 2013; Yamaguchi et al., 2000; Youssef et al., 2004).

1 av 13 inkluderte studier har inkludert menn, både i informant- og kontrollgruppen (Yamaguchi et al., 2000). Forcano et al., (2009) og Forcano et al., (2011) ekskluderte mennene grunnet for lavt antall.

2 studier undersøkte polikliniske pasienter (Corcos et al., 2002; Forcano et al., 2009;). 6 studier undersøkte pasienter innlagte på sykehus (Bulik et al., 2002; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Guillaume et al., 2011; Huas et al., 2012; Yamaguchi et al., 2002).

Nickel et al., (2006b) benytter betegnelsen pasienter med definerer ikke om de er polikliniske eller inneliggende. Youssef et al., (2004) og Nickel et al., (2006a) undersøkte både polikliniske og inneliggende pasienter. Anderson et al., (2002) undersøkte polikliniske, inneliggende og hjemmeboende. Pisetsky et al., (2013) gjorde et utvalg informanter med spiseforstyrrelse i en allerede påbegynt tvillingstudie.

12 av 13 studier har benyttet polikliniske og innlagte pasienter som informanter.

3 studier skaffet seg informanter ved bruk av reklame (Anderson et al., 2002; Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b).

### 3.2 Studienes diagnostiske kriterier

11 av de inkluderte studiene har DSM-IV som diagnose kriteriet (Corcos et al., 2002; Forcano et al., 2009; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Guillaume et al., 2011; Huas et al., 2012; Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b; Pisetsky et al., 2013; Yamaguchi et al., 2000; Youssef et al., 2004). 5 har DSM-III-R (Andersen et al., 2002; Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Huas et al., 2012). 3 har ICD-10 (Corcos et al., 2002; Huas et

al., 2012; Pisetsky et al., 2013).). 2 har ICD-9 (Huas et al., 2012; Pisetsky et al., 2013). 1 har ICD-8 (Pisetsky et al., 2013). 1 har DSM-5 (Pisetsky et al., 2013).

5 studier har benyttet diagnoseverktøyet SCID (Andersen et al., 2002; Forcano et al., 2009; Forcano et al., 2011; Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b).

### **3.3 Studienes spiseforstyrrelser**

1 studie undersøkte AN:

- Forcano et al., (2011): AN-R og AN-P

5 studier undersøkte BN:

- Anderson et al., (2002): BN
- Forcano et al. (2009): BN-R, BN-NP og BN/uspesifisert spiseforstyrrelse.
- Huas et al., (2012): BN og BN-P
- Nickel et al., (2006a): BN
- Nickel et al., (2006b): BN-P

7 studier undersøkte AN og BN (Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002;

Franko et al., 2004; Guillaume et al., 2011; Pisetsky et al., 2013; Yamaguchi et al., 2000; Youssef et al., 2004). 2 studier inkluderte AN-BN, en betegnelse der personen oppfyller kriteriene for både AN og BN (Guillaume et al., 2011; Pisetsky et al., 2013).

- Bulik et al., (1999): AN og BN
- Corcos et al., (2002): AN-B/P, BN-P og BN-NP.
- Franko et al., (2004): AN-R, AN-B/P og BN
- Guillaume et al., (2011): AN, BN og AN-BN
- Pisetsky et al., (2013): AN-R, AN-B/P, AN-BN, BN og overspising
- Yamaguchi et al., (2000): AN, BN og ikke spesifisert spiseforstyrrelse.
- Youssef et al., (2004): AN-R, AN-P, BN-NP og BN-P

1 studie inkluderte overspising i tillegg til AN og BN (Pisetsky et al., 2013)

1 studie inkluderte ikke spesifisert spiseforstyrrelse i tillegg til AN og BN (Yamaguchi et al., 2000).

BN og brekningsadferd er to fenomener som ofte knyttes sammen. I denne oppgaven er det gjort et valg der BN uten beskrevet brekningsadferd, ikke vil bli betegnet som om personen har brekningsadferd. Dette gjelder spesielt i studiene Bulik et al., (1999), Franko et al., (2004), Guillaume et al., (2011), Nickel et al., (2006a) og Yamaguchi et al., (2000).

### **3.4 Studienes risikofaktorer**

1 studie har undersøkt selvmord (Huas et al., 2013). 12 studier har undersøkt selvmordsforsøk. 1 studie har i tillegg sett på selvskading (Anderson et al., 2002).

Risikofaktorer for selvmord ved BN og BN-P er tidligere selvmordsforsøk og tidligere lav BMI (Huas et al., 2012).

Risikofaktorer for selvskade ved BN er bruk av avføringstabletter, rusmisbruk, seksuelt misbruk i barndom og alvorlig depresjon (Anderson et al., 2002).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved AN er alvorlig depresjon, lavere grad av uavhengighet ("self-directedness") og høyere evne til å bryte grensene for det individuelle selvet ("self-transcendence") (Bulik et al., 1999). Større forventninger om å dø ved et selvmordsforsøk og økt risiko for alvorlighet i forsøket (Guillaume et al., 2011). Høy overbeskyttelse fra begge foreldre, blitt mishandlet som barn, affektiv ustabilitet, et ustabilt selvbilde, personlighetsforstyrrelse og humørsvingninger (Yamaguchi et al. 2000).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved AN-P er brekningsadferd og depresjon (Forcano et al., 2011). Brekningsadferd, "hysteri", avvikende psykopatisk adferd, sjenanse, antisosial væremåte, tvang og lav selvtillit (Youssef et al. 2004).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved AN-R er brekningsadferd og depresjon (Forcano et al., 2011). Depresjon og rusmisbruk (Franko et al., 2004). Lav BMI, brekningsadferd, alvorlig depresjon, generalisert angst, spesifikk fobi, obsessiv kompulsiv lidelse, PTSD og rusmisbruk (Pisetsky et al., 2013). Depresjon og antisosial væremåte (Youssef et al., 2004).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved AN-B/P er alvorlig depresjon, alvorlige spiseforstyrrelsessymptomer, rusmisbruk, misnøye med egen kropp, impulsiv adferd. Ofte selvmordstanker i ungdomstiden, tidlig sykdomsdebut, separasjon fra foreldre/skilsmiss mellom foreldrene, misbruk av avføringsmidler (Corcos et al., 2002). Depresjon og rusmisbruk (Franko et al., 2004). Alvorlig depresjon, brekningsadferd, generalisert angst, spesifikk fobi, obsessiv kompulsiv lidelse, PTSD og rusmisbruk (Pisetsky et al., 2013).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved BN er lav BMI, tidligere lav BMI, alvorlig depresjon, rusmisbruk og angst lidelser (Anderson et al., 2002). Alvorlig depresjon (Bulik et al., 1999). Rusmisbruk, misbruk av avføringstabletter, ineffektivitet, menneskelig mistillit, interoseptiv bevissthet og frykt (Franko et al., 2004). Ofte utsatt for fysisk og seksuell vold (seksuelt misbruk) i barndommen, depresjon (Nickel et al., 2006a). Brekningsadferd, alvorlig depresjon, generalisert angst, spesifikk fobi, obsessiv kompulsiv lidelse, PTSD og rusmisbruk (Pisetsky et al., 2013). Høy overbeskyttelse fra begge foreldre, historie med barnemishandling, affektiv ustabilitet, et ustabilt selvilde, personlighetsforstyrrelse og humørsvingninger (Yamaguchi et al., 2000).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved BN-R er alvorlige spiseforstyrrelsessymptomer, impulsiv adferd, fedme i barndom, alkoholmisbruk blant foreldre/i familien, lav utdannelse. Lav BMI, tidligere behandling av spiseforstyrrelse og lav lavere grad av uavhengighet ("self-directedness") (Forcano et al., 2009).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved BN-P er alvorlig depresjon, alvorlige generelle symptomer, rusmisbruk, misnøye med egen kropp, impulsiv adferd. Ofte selvmordstanker i ungdomstiden, tidlig sykdomsdebut, separasjon fra foreldre, skilsmiss mellom foreldrene, misbruk av avføringsmidler (Corcos et al., 2002). Lav BMI, seksuelt misbruk i barndom, misbruk av avføringstabletter, rusmisbruk og depresjon. Sosiodemografiske data: yngre enn kontrollgruppen, oppvokst med en forelder/på barnehjem, lever alene, er lesbisk/bifil, bor i by (Nickel et al. 2006b). Brekningsadferd, besettende adferd, sinne og fobiske bekymringer (Youssef et al., 2004).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved BN-NP er alvorlig depresjon, alvorlige spiseforstyrrelsessymptomer, rusmisbruk, misnøye med egen kropp, impulsiv adferd. Ofte selvmordstanker i ungdomstiden, tidlig sykdomsdebut, separasjon fra foreldre, skilsmiss

mellom foreldrene, misbruk av avføringsmidler (Corcos et al., 2002). Høyere rater av spiseforstyrrelsessymptomer, impulsiv adferd, fedme i barndom, alkoholmisbruk blant foreldre. Lav utdanning, lav BMI, tidligere behandling av spiseforstyrrelse, lavere grad av uavhengighet ("self-directedness") og alkoholmisbruk i familien (Forcano et al., 2009).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved BN/uspesifisert spiseforstyrrelse er høyere rater av spiseforstyrrelsessymptomer, generell psykopatologi, impulsiv adferd, fedme i barndom, alkoholmisbruk blant foreldre. Lav utdanning, lav BMI, tidligere behandling av spiseforstyrrelse, lavere grad av uavhengighet ("self-directedness") og alkoholmisbruk i familien (Forcano et al., 2009).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved AN-BN er brekningsadferd, lav BMI, alvorlig depresjon, generalisert angst, spesifikk fobi, obsessiv kompulsiv lidelse, PTSD og rusmisbruk enn gruppen uten selvmordsforsøk (Pisetsky et al. 2013).

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved ikke spesifisert spiseforstyrrelse (Yamaguchi et al. 2000), vil oppgaven på bakgrunn av svært lite data (kun 1 av informant med ikke spesifisert spiseforstyrrelse) ikke kunne definere risikofaktorer for selvmordsforsøk ved ikke spesifisert spiseforstyrrelse.

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved overspising er i studien til Pisetsky et al., (2013) ikke beskrevet.

I studiene til Nickel et al. (2006a) og Nickel et al., (2006b) er diverse utsagn definert som risikofaktorer for selvmordsforsøk. I undersøkelsene er det benyttet enkeltspørsmål fra et større skjema (ITEMS), hvor disse ikke er ment brukt isolert. Ved å samordne utsagnene har forskerne ved bruk av trinnvis logisk regresjon kommet frem til at uønskede familieopplevelser og sosiopsykopatologiske faktorer øker risikoen for selvmordsforsøk hos kvinnelige tenåringer med BN. På bakgrunn av lite sammenlignbar fremstilling av risikofaktorene vil disse utsagnene ikke videre bli diskutert og dermed ikke bli en del av resultatet.



### 3.4.1 Sammenfatning av risikofaktorene

Ved å sammenfatte studiene definerer 1 studie at tidligere gjennomført selvmordsforsøk og tidligere lav BMI er risikofaktorer for selvmord hos personer med BN (Huas et al., 2012).

1 studie definerer bruk av avføringstabletter, rusmisbruk, seksuelt misbruk og alvorlig depresjon som risikofaktorer for selvskade ved BN (Andersen et al., 2002).

6 studier definerer depresjon som risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN (Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004). 3 studier definerer rusmisbruk som risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN (Franko et al., 2004; Corcos et al., 2002; Pisetsky et al., 2013). 3 studier definerer brekningsadferd som risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN (Forcano et al., 2011; Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004).

Øvrige enkeltfaktorer karakterisert som risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN er lavere grad av uavhengighet ("self-directedness") og høyere evne til å bryte grensene for det individuelle selvet ("self-transcendence") (Bulik et al., 1999). Impulsiv adferd, alvorlige spiseforstyrrelsessymptomer, misnøye med egen kropp, oftere selvmordstanker i ungdomsårene, tidlig sykdomsdebut, separasjon fra foreldre/skillsmisse mellom foreldre og misbruk av avføringsmidler (Corcos et al., 2002). Større forventninger om å dø i et selvmordsforsøk og økt risiko for alvorlighet i forsøket (Guillaume et al., 2011). Generalisert angst, spesifikk fobi, obsessiv kompulsiv lidelse og PTSD (Pisetsky et al., 2013). Høy overbeskyttelse fra begge foreldre, blitt mishandlet som barn, affektiv ustabilitet, ustabilt selvilde, personlighetsforstyrrelse og humørsvingninger (Yamaguchi et al., 2000). "Hysteri", avvikende psykopatisk adferd, sjenanse, antisosial væremåte, tvang og lav selvtillit (Youssef et al., 2004).

5 studier definerer rusmisbruk som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b; Pisetsky et al., 2013). 5 studier definerer depresjon som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Nickel et al., 2006a; Pisetsky et al., 2013). 3 studier definerer misbruk av avføringsmidler som risikofaktor ved BN (Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b). 3 studier definerer lav BMI som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Forcano et al., 2009; Nickel et al., 2006b). 2

studier definerer seksuelt misbruk som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b). 2 studier definerer brekningsadferd som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004). 2 studier definerer impulsiv adferd som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN. (Forcano et al., 2009; Corcos et al., 2002). 2 studier definerer angst som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Pisetsky et al., 2013).

Øvrige enkeltfaktorer karakterisert som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN er tidligere lav BMI (Anderson et al., 2002). Ofte selvmordstanker i ungdomsårene og misnøye med egen kropp, tidlig sykdomsdebut, separasjon fra foreldre/skilsmiss mellom foreldrene (Corcos et al., 2002). Alvorlige spiseforstyrrelsessymptomer, fedme i barndom, alkoholmisbruk blant foreldre/i familien, lav utdanning, lavere grad av uavhengighet ("self-directedness") og tidligere behandling av spiseforstyrrelse (Forcano et al., 2009). Ineffektivitet, menneskelig mistillit, interoseptiv bevissthet og frykt (Franko et al., 2004). Ofte utsatt for fysisk vold i barndommen og sosiodemografiske data; yngre enn kontrollgruppen, oppvokst med en forelder/på barnehjem, lever alene, er lesbisk/bifil og bor i by (Nickel et al., 2006a). Spesifikk fobi, obsessiv kompulsiv lidelse og PTSD (Pisetsky et al., 2013). Høy overbeskyttelse fra begge foreldre, blitt mishandlet som barn, affektiv ustabilitet, ustabil selvbylde, personlighetsforstyrrelse og humørsvingninger (Yamaguchi et al., 2000). Besettende adferd, sinne og fobiske bekymringer (Youssef et al., 2004).

1 studie definerer risikofaktorer for selvmordsforsøk ved AN-BN som lav BMI, alvorlig depresjon, generalisert angst, spesifikk fobi, obsessiv kompulsiv lidelse, PTSD og rusmisbruk (Pisetsky et al., 2013).

### **3.4.2 Studienes oppfølgingstid**

4 kohortstudier : Franko et al., (2004): informantene ble intervjuet og vurdert i forhold til selvmordsforsøk og selvmordsintensjon hver 6-12 måned i gjennomsnittlig 8,6 år. Huas et al., (2012): 10,5 år. Nickel et al., (2006a): 12 måneder. Nickel et al., (2006b): 12 måneder.

### 3.4.3 Informantenes alder

Studiene benytter informanter med ulike alderskategorier, med 12 år som laveste alder og 75 år som høyeste alder. I studier der informantenes øvre aldersgrense er satt, har 3 studier satt øvre grense ved alderen 45-47 år (Anderson et al., 2002; Bulik et al., 1999; Pisetsky et al., 2013). 1 studie har stoppet ved 24 år (Youssef et al., 2004), 1 studie har ikke oppgitt alder (Huas et al., 2012) og Guillaume et al., (2011) har satt en høy øvre grense ved å innlemme personer helt opp til 75 år. Vi vet ikke hvor mange eldre personer som er inkludert, eller om det er noen. Øvrige studier opererer med gjennomsnittsalder (Forcano et al., 2009; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Yamaguchi et al., 2000; ), og fra en aldersgrense til en ikke satt øvre grense (Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b).

## 4. Diskusjon

### 4.1 Oppsummering av arbeid og funn

For å kunne svare på problemstillingen ”*Hvilke risikofaktorer er funnet i verdenslitteraturen for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser?*” ble det søkt i ulike databaser. Resultatet av søket ble 13 inkluderte studier, alle med en type kontrollert design. Artikkene er 6 kasus-kontroll-studier, 4 kohortstudier og 3 tverrsnittstudier som inneholder beskrivelser av risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser.

Antall inkluderte artikler viste seg lavt i forhold til antall treff i de første søkene. Spesielt interessant er det at bare 1 av oppgavens studier undersøker risikofaktorer for selvmord ved BN (Huas et al., 2012), og 1 studie undersøker risikofaktorer for selvskade ved BN (Anderson et al., 2002). Kontrollerte studier vedrørende risikofaktorer for selvskade ved AN og for selvmord ved AN er ikke funnet. De identifiserte risikofaktorene for selvmord og for selvskade ved BN må antas å ha begrenset empirisk støtte da de er basert på kun én studie.

For å gi svar på risikofaktorer for selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser, har 12 studier relevant datamateriale. Ved å samordne subtypene til AN og BN, viste flere studier at

depresjon er risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN (Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004) og BN (Anderson et al., 2002; Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Nickel et al., 2006a; Pisetsky et al., 2013). Rusmisbruk er risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN (Franko et al., 2004; Corcos et al., 2002; Pisetsky et al., 2013) og BN (Anderson et al., 2002; Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b; Pisetsky et al., 2013). Brekningsadferd er risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN (Forcano et al., 2011; Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004) og BN (Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004).

Lav BMI er risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Forcano et al., 2009; Nickel et al., 2006b) og AN (Pisetsky et al., 2013). Misbruk av avføringstabletter er risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b) og AN (Corcos et al., 2002) og angst er risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Pisetsky et al., 2013) og AN (Pisetsky et al., 2003).

Seksuelt misbruk er risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b) og impulsiv adferd er risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Forcano et al., 2009; Corcos et al., 2002).

## **4.2 Kontrollerte studier versus ukontrollerte studier**

Ut fra problemstillingen må informantene kunne sammenlignes med en kontrollgruppe for å finne risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser. Kontrollerte studier reduserer risikoen for at sammenhengen mellom det som identifiseres som en risikofaktor og selvmord/selvmordsforsøk ikke skyldes tilfeldigheter. En ukontrollert studie vil antakelig kunne ha verdi i å vise til sammenheng mellom risikofaktorer og selvmord/selvmordsforsøk, men uten kontrollgruppe er det vanskelig å utelukke at denne sammenhengen er tilfeldig. Nytteverdien av disse ukontrollerte studiene kan være at de identifiserer hypoteser for videre kontrollerte studier. Spørsmål en kan stille er dersom de ikke har annen verdi enn å generere hypoteser for nye studier, er hvorfor de benyttes av helsetilsynet og andre.

I studien "Outcome of Anorexia Nervosa: A Case-Control Study" (Sullivan et al., 1998) henviser forfatterne til mangelfulle forskningsartikler vedrørende AN. Dette grunnet ofte svake metodekapitler der det fremkommer lite eller ingen beskrivelse av hvordan studien ble utført og satt sammen. Mye er skrevet om AN, både når det gjelder risikofaktorer og selvmordsforsøk, men mange av studiene er ukontrollerte. Eksempelvis studiene Foulon et al., (2007) og Fenning og Hadas, (2010) som har studert risikofaktorer for selvmordsforsøk ved AN og konkludert på tross av manglende kontrollgruppe.

### **4.3 Risikofaktorer for selvmord, selvmordsforsøk og selvskade.**

Risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk

Bulik et al., (1999) skriver om den høye dødelighetsraten ved AN og poengterer at selvmord er den nest største årsaken til død ved denne formen for spiseforstyrrelse. En påstand Arcelus et al., (2011), bekrefter etter å ha undersøkt selvmordsraten hos personer med AN, og funnet ut at 1 av 5 tar sitt eget liv. Som en konsekvens av dette funnet var noe av intensjonen med denne oppgaven å finne risikofaktorer for selvmord ved AN. Dette for å kunne være med å skape forebyggende tiltak der målet var raskere og mer hensiktsmessig intervensjon. Dette kan vanskelig gjøres når ingen inkluderte studier har undersøkt risikofaktorer for selvmord ved AN.

Ved selvmord og BN er 1 studie funnet og Huas et al., (2012) er eneste inkluderte studie som definerer risikofaktorer for selvmord ved spiseforstyrrelser (BN). Studien har som formål å øke kunnskapen om BN og dødelighet, og fant etter 10,5 år ut at 6 av 10 registrerte dødsfall var selvmord. Studien definerer risikofaktorer for selvmord som tidligere selvmordsforsøk og tidligere lav BMI (Huas et al., 2012). Tidligere selvmordsforsøk er et funn som kan knyttes opp mot generell selvmordsforskning. Tidligere og jo flere selvmordsforsøk, desto større risiko for selvmord (Retterstøl et al., 2002).

Risikofaktoren tidligere lav BMI gjenspeiler problemstillingens sykdomskategori, der vektreduksjon ofte er et symptom. Resultatet kan diskuteres opp mot Anderson et al., (2002) sin studie der faktorene lav BMI og tidligere lav BMI, begge er risikofaktorer for selvmordsforsøk ved BN. Studiene Huas et al., (2012) og Anderson et al., (2002) definerer

begge tidligere lav BMI som risikofaktorer for selvmordsforsøk ved BN, og viser med dette at risikofaktor for selvmord og selvmordsforsøk kan være de samme.

#### Overvekt av selvmordsforsøksstudier

12 av 13 inkluderte studier har undersøkt risikofaktorer ved selvmordsforsøk, en betydelig overvekt. Årsaken til den store ulikheten kan være graden av tilgang på svar. Ved studier som undersøker selvmordsforsøk er forutsetningene for svar større da personen er i live etter selvmordsforsøket. En har tilgang på personer med en definert spiseforstyrrelse, med en eller flere elementer knyttet til en handling og en omstendighet en ønsker å finne mer ut av. Ved selvmord foregår ofte forskningen retrospektivt og omhandler personer som ikke lenger lever. En betraktelig større utfordring der forskerne er avhengig av eksempelvis tidligere journaler og den avdødes sosiale nettverket.

#### Risikofaktorer for selvskade og selvmordsforsøk

Med tanke på studien Ahren-Moonga et al., (2008) og Welch og Fairburn`s studie fra 1996 der forekomsten av selvskade blant personer med BN var tydelig forhøyet målt med kontrollgruppen (55,6% av BN pasientene hadde selvskadende atferd, mot 20,0% av AN pasientene), er det interessant at bare 1 studie med selvskade er innlemmet i denne oppgaven (Andersen et al., 2002). Flere studier ble gjennomgått og ekskludert på grunn av metodisk svakhet og manglende fokus på risikofaktorer. I studien til Anderson et al., (2002) defineres risikofaktorer for selvskade hos personer med BN som misbruk av avføringstabletter, seksuelt misbruk, rusmisbruk og alvorlig depresjon. Rusmisbruk er risikofaktor for selvmordsforsøk ved både AN (Franko et al., 2004; Corcos et al., 2002; Pisetsky et al., 2013) og BN (Anderson et al., 2002; Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b; Pisetsky et al., 2013), depresjon er risikofaktor for selvmordsforsøk ved både AN (Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004) og BN (Anderson et al., 2002; Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Nickel et al., 2006a; Pisetsky et al., 2013), misbruk av avføringstabletter er risikofaktor for selvmordsforsøk ved både BN (Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b) og AN (Corcos et al., 2002) og seksuelt misbruk er definert som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b). Dette viser at risikofaktorer for selvskade og selvmordsforsøk kan være de samme, men at de ikke vil bli videre diskutert på grunn av manglende data.

## Selv mord og selvskade

Tidligere selvmordsforsøk og tidligere lav BMI som er risikofaktorer for selvmord ved BN (Huas et al., 2012) er forskjellige fra risikofaktorene for selvskade ved BN, bruk av avføringstabletter, rusmisbruk, seksuelt misbruk i barndom og alvorlig depresjon (Anderson et al., 2002). Basert på et lite datamateriale, kun 2 studier, viser denne oppgaven at risikofaktorer for selvmord og selvskade ikke er like.

## Depresjon som risikofaktor for selvmordsforsøk og selvskading

Depresjon kan være en komorbid lidelse til spiseforstyrrelser (Tabell 1, Westen og Harden-Fischer, 2001). At 6 inkluderte studier definerer depresjon som risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN (Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004), 5 studier definerer depresjon som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Nickel et al., 2006a; Pisetsky et al., 2013), 1 studie definerer alvorlig depresjon som risikofaktor ved AN-BN (Pisetsky et al., 2013) og 1 studie definerer alvorlig depresjon som risikofaktor for selvskade ved BN (Anderson et al., 2002), viser nødvendigheten av økt fokus knyttet til forekomst, utredning og behandling av depresjon hos spesielt kvinner med AN og BN. Å ha kunnskap om alvorligheten vedrørende kombinasjonen depresjon og AN og BN vil være essensielt med tanke på forebygging av selvmordsforsøk/selvskading innenfor disse grupperingene.

Når det gjelder benevnelsene alvorlig depresjon og depresjon er dette benevnelser enkelte studier veksler på. I denne oppgaven benytter 2 av 6 studier betegnelsen alvorlig depresjon som risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN (Bulik et al., 1999; Pisetsky et al., 2013). Ved BN benytter 3 av 5 studier betegnelsen alvorlig depresjon som risikofaktor for selvmordsforsøk (Anderson et al., 2002; Bulik et al., 1999; Pisetsky et al., 2013). De ulike benevnelsene kan si noe om graden av symptomer en skal være oppmerksom på. Ved eksempelvis å benytte benevnelsen depresjon kan dette svekke verdien av depresjon som risikofaktor ved at studiene ikke er tydelige på om det er mild, moderat eller alvorlig depresjon det er snakk om.

## Rusmisbruk som risikofaktor for selvmordsforsøk

Rusmisbruk som Akse I lidelse (Tabell 1, Westen og Harden-Fischer, 2001) kan være en komorbid lidelse til spiseforstyrrelser. Når Halmi et al., (1991) skriver at nær 40 % av BN

pasienter og 20 % av AN pasienter har et rusmisbruk, indikerer dette at misbruk av rus er relativt utbredt hos personer med spiseforstyrrelse. At 3 studier definerer rusmisbruk som risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN (Franko et al., 2004; Corcos et al., 2002; Pisetsky et al., 2013) og 5 studier definerer rusmisbruk som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b; Pisetsky et al., 2013), forteller om en komorbiditet en skal være spesielt oppmerksom på når det gjelder selvmordsfare ved denne pasientgruppen.

#### Brekningsatferd som risikofaktor for selvmordsforsøk

Studiene Forcano et al., (2011), Pisetsky et al., (2013) og Youssef et al., (2004) definerer brekningsadferd som risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN, der de to sistnevnte studiene også definerer brekningsadferd som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN. Studien til Pisetsky et al., (2013) viser og brekningsadferd som risikofaktor for selvmordsforsøk ved AN-BN. Yamaguchi et al., (2002) skriver i introduksjonen, basert på studiene til Favaro og Santonastaso, (1997) og Mitchell et al., (1986), at selvmordsforsøk oftere inntreffer hos anorektikere med overspising/brekningsatferd og hos bulimikere med brekningsatferd, og indikerer at man ovenfor denne type adferd skal være bevisst faren for selvmordsforsøk.

Det er i disse to studiene ikke drøftet hvilken påvirkning brekningsatferd har, men atferden gir hentydninger til en strabasiøs og skamfull prosess, og skiller seg fra andre risikofaktorer for selvmordsforsøk ved AN, BN og AN-BN ved å være en karakteristikk av spiseforstyrrelsen, en måte å kvitte seg med maten.

#### Misbruk av avføringstabletter som risikofaktor

3 studier definerer misbruk av avføringstabletter som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b). Franko et al., (2004) inkluderer personer med AN, men har ikke definert følgende risikofaktor for denne gruppen. Corcos et al., (2002) derimot definerer misbruk av avføringstabletter som risikofaktor også for AN og viser at misbruk av avføringstabletter er tilstede som risikofaktor ved BN og AN. Det empiriske grunnlaget for personer med AN er derimot vesentlig svakere, så sammenhengen må anses som uavklart.



### Lav BMI som risikofaktor

Lav BMI er definert som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Forcano et al., 2009; Nickel et al., 2006b) og AN (Pisetsky et al., 2013). Disse studiene utgjør en relativt vesentlig andel av det empiriske underlaget for personer med BN så det er grunn til å være oppmerksom på sammenhengen. På lik linje som i avsnittet over er det empiriske grunnlaget for personer med AN vesentlig svakere, så sammenhengen må derfor anses som uavklart.

### Angst som risikofaktor

Angst kan være en komorbid lidelse til spiseforstyrrelse (Tabell 1, Westen og Harden-Fischer, 2001) og er definert som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Anderson et al., 2002; Pisetsky et al., 2013) og AN (Pisetsky et al., 2013). I studien til Anderson et al., (2002) betegnes angsten som generaliserende, at den er vedvarende og ikke er begrenset til bestemte situasjoner og omstendigheter, mens den i studien til Pisetsky et al., (2013) kun er referert til som angst lidelser. Et uttrykk som kan innebære opptil fem ulike aktuelle angst diagnoser i følge ICD-10 (Weisæth og Dalgard, 2000). Viktig at helsepersonell er oppmerksom på sammenhengen for å kunne forebygge eventuelle selvmordsforsøk.

### Seksuelt misbruk og impulsiv adferd som risikofaktor ved BN

Seksuelt misbruk er definert som risikofaktor for selvmordsforsøk ved BN (Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b) og det samme er impulsiv adferd Forcano et al., 2009; Corcos et al., 2002). Disse risikofaktorene er ikke definert ved AN. Seksuelt misbruk betegnes i studiene som et overgrep i barndommen og impulsiv adferd er en betegnelse som i studiene kan innebære selvskade og risikofylt adferd. Som de eneste risikofaktorene i denne oppgaven som ikke er definert ved flere spiseforstyrrelsestyper viser dette at seksuelt misbruk og impulsiv adferd er risikofaktorer en bør være oppmerksom på ved BN. Dette på tross av relativt lite data.

### Enkeltpunn av risikofaktorer

Oppgaven har flere enkeltpunn som risikofaktorer både ved AN og BN. Disse er beskrevet i resultatdelen men oppgaven vil ikke vektlegge risikofaktorene på bakgrunn av lite data vedrørende den enkelte risikofaktor. De vil derfor ikke bli videre diskutert og ikke bli stående

som en del av konklusjonen. Bare risikofaktorer der den enkelte risikofaktor blir definert i to eller flere studier vil bli medregnet i konklusjonen.

### Diagnosekriteriene

Hovedvekten (11) av de inkluderte studiene har DSM-IV som diagnosekriteriet (Corcos et al., 2002; Forcano et al., 2009; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Guillaume et al., 2011; Huas et al., 2012; Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b; Pisetsky et al., 2013; Yamaguchi et al., 2000; Youssef et al., 2004). 3 av disse benytter også DSM-III-R (Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Huas et al., 2012), og 3 benytter i tillegg ICD-10 (Corcos et al., 2002; Huas et al., 2012; Pisetsky et al., 2013). Anderson et al., (2013) og Bulik et al., (1999) er de eneste studiene som ikke benytter DSM-IV.

Pisetsky et al., (2013) har benyttet ICD-8 og DSM-5, og har i tillegg til Huas et al., (2012) også benyttet ICD-9. Mulige årsaker til Pisetsky et al., (2013) sine mange diagnosekriterier (5) kan være at studien tar utgangspunkt i en allerede påbegynt og langvarig studie. De ulike diagnosekriteriene blir benyttet avhengig av hvilket år personene var innlagt (WHO<sup>7</sup>, 1967; ICD-8, 1978; ICD-9, 1992; ICD-10), og DSM-IV og DSM-5 blir benyttet for å definere spiseforstyrrelsen. At studien har benyttet flere ulike diagnosekriterier kan føre til rotete og lite sammenlignbare data, noe som gjør studien kompleks og resultatet noe mindre håndfast.

Ved å benytte DSM-III har studiene Corcos et al., (2002), Franko et al., (2004) og Huas et al., (2012) operert med et langt mer restriktivt vekttapskriterium enn det både ICD-10 og DSM-IV benytter og kan føre til at pasienter inkludert i eldre studier er dårligere enn i nyere studier, slik at resultatene ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Studier som har benyttet både DSM-IV og ICD-10 (Corcos et al., 2002; Huas et al., 2012; Pisetsky et al., 2013) kan ved BN (Corcos et al., 2002; Huas et al., 2012) ha problemer med å vite hvor mye en skal vektlegge kontrolltapet i de bulimiske periodene. Samtidig spesifiserer DSM-IV subtypene BN-P og BN-NP, noe ICD-10 ikke gjør, noe som kan føre til ulikhet og variasjon i inndelinger.

---

<sup>7</sup> World Health Organization (Verdens Helseorganisasjon).

## Kjønn og alder

I de inkluderte studiene er det svært få menn. Yamaguchi et al., (2000) har som eneste studie inkludert 2 menn i informantgruppen og 2 menn i kontrollgruppen. To studier valgte å ekskluderte mennene underveis i studien grunnet for lavt antall (Forcano et al., 2000; Forcano et al., 2011). Øvrige studier utelot mennene fra begynnelsen av. Det vil si at det er forekomst av underrapportering av menn med spiseforstyrrelser. Dette når vi vet at 10-15 % av de som lider av spiseforstyrrelser faktisk er menn, men at bare et fåtall pasienter i behandling er menn. Dette svekker den statistiske styrken når en studerer menn individuelt (Crow et al., 2009). Denne oppgavens datagrunnlag gir derfor ingen pekepinn på hvilke risikofaktorer som ligger til grunn for selvmord og selvmordsforsøk hos menn med spiseforstyrrelser, og gjør en sammenligning av kvinner og menn ikke mulig.

## Informantenes alder

Samlet sett har de inkluderte studiene benyttet et bredt alderspenn når vi vet at spiseforstyrrelser i all hovedsak opptrer hos unge kvinner og menn i alderen 15-40 år og at spiseforstyrrelser sjelden opptrer i puberteten. Begrepet alder er ikke diskutert eller evaluert i studiene og er lite eller ikke beskrevet innenfor denne type forskning. Dette kan være negativt med tanke på forebygging av selvmord og selvmordsforsøk innenfor spesifikke aldersgrupperinger. Eksempelvis ved spørsmål som når i livet risikofaktorene er mest fremtredende og ved hvilken alder de fleste selvmord og selvmordsforsøk inntreffer hos personer med spiseforstyrrelser.

## Studiens diagnoser

Spiseforstyrrelser har flere kategorier der typene AN og BN er de mest undersøkte i litteraturen. Likevel har bare en av oppgavens studier undersøkt AN (AN-R og AN-P) (Forcano et al., 2011). 5 av oppgavens studier har undersøkt BN (Anderson et al., 2002; Forcano et al., 2009; Huas et al., 2012; Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b) og 7 studier har undersøkt både AN og BN (Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Guillaume et al., 2011; Pisetsky et al., 2013; Yamaguchi et al., 2000; Youssef et al., 2004), innbefattet personer med både AN og BN symptomer (AN-BN) (Guillaume et al., 2011; Pisetsky et al. 2013), noe som viser at hovedvekten av studiene konsentrerer seg om BN. Pisetsky et al., (2013) undersøkte overspising i tillegg til AN og BN, men sier ikke noe om hvor mange av de 270 informanter som led av overspising. Studien definerer heller ikke

risikofaktorer for overspising. Yamaguchi et al., (2000) inkluderte ikke spesifisert spiseforstyrrelse, men på bakgrunn av svært lite datamateriale (1 informant) vedrørende denne spiseforstyrrelsestypen ble funnet ikke videre diskutert. Forcano et al., (2009) inkluderte BN/uspesifisert spiseforstyrrelse (102 informanter) men sier ikke noe om antall informanter med denne type lidelse som har gjennomført selvmordsforsøk .

#### Studienes oppfølgingstid

Oppgaven har inkludert 4 kohorter (Franko et al., 2004; Huas et al., 2012; Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b). Når det gjelder oppfølgingstiden kohortene benytter varierer denne fra 12 måneder (Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b), til gjennomsnittlig 8,6 år (Franko et al., 2004) og til 10,5 år (Huas et al., 2012). Det vil si 2 studier med kort oppfølgingstid og 2 studier med relativt lang oppfølgingstid. I studiene til Nickel et al., (2006a) og Nickel et al., (2006b) vet vi lite om risikofaktorer på lang sikt og om disse hadde vært annerledes dersom oppfølgingstiden ble flyttet noen år frem i tid.

## 4.4 Oppgavens styrker og svakheter

Denne oppgavens fremste kvalitet sammenlignet med tidligere studier med samme tema er at den er basert på en systematisk gjennomgang av litteraturen på området. Målet har vært at resultatet av denne oppgaven skal gi en systematisk og oppdatert oversikt over risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk ved spiseforstyrrelser hvor alle relevante studier identifiseres og inkluderes. Så langt jeg er kjent med finnes det ingen slike tidligere systematiske litteraturgjennomganger på dette feltet. Det er søkt med "suicid", "suicid attempt", "eating disorders" og "risk factors" som nøkkelord. Andre søkeord som er benyttet er "self-harm/self-injurious/self-destructive behavior", "anorexia nervosa", "bulimia nervosa" og "risk" i ulike kombinasjoner med de fire nøkkelordene. Artikler som ikke har noen av disse nøkkelordene vil dermed ikke resultere av søket. Det er likevel mulig at det finnes artikler som inneholder svar på min problemstilling, men for å begrense eventuell skjevhet i valg av litteratur er det søkt etter aktuelle kilder i referanselister til alle inkluderte artikler, samt i flere systematiske litteraturstudier. En styrke med oppgaven er at de inkluderte studiene har en kontrollgruppe slik at risikoen for tilfeldig korrelasjon eller påvirkning fra andre ukjente variabler reduseres.

Oppgavens svakhet er at det alltid kan foreligge en viss mulighet for at aktuell publisert forskning kan ha blitt oversett, men en systematisk innsamlingsmetode og et systematisk litteratursøk vil sikre at det ikke foreligger en skjevhet med hensyn til hvilke studier som er inkludert. Kun studier som eksplisitt beskriver risikofaktorer eller gjør rede for samtlige informanter, er inkludert. Likevel gjør variasjonen innenfor beskrivelsen av risikofaktorer det utfordrende å systematisere flere av de. Spesielt hos Nickel et al., (2006a) og Nickel et al., (2006b) der studiene definerer flere av risikofaktorene som utsagn, og dermed viser noe av kompleksiteten en står ovenfor ved å skulle systematisere. I forhold til søkeprosessen er det kun forfatteren av denne oppgaven som har gått gjennom søkene, kun enkelte tvilstilfeller er diskutert med veileder. På grunn av studienes ulike formål, noe som tydelig fremkommer i tabell 3, 4 og 5 er sammenligning og spesifisering av risikofaktorer utfordrende og oppgaven konkluderer funnene uti fra hver enkelt artikkel for deretter å systematisere de funn som fremkommer.

Oppgavens relativt store omfang når det gjelder antall søkeord (nøkkelord) viste seg å være nødvendig for å skape en studie med tilfredsstillende innhold. Det var noe overraskende at ut ifra et stort antall identifiserte artikler i databasene kunne bare 13 studier inkluderes. Det empiriske grunnlaget for risikofaktorer ved selvmord og selvskade ved spiseforstyrrelser er som tidligere nevnt svært begrenset. På bakgrunn av oppgavens resultater er det åpenbart at det er nødvendig med flere kontrollerte studier på området.

## 5. Konklusjon

12 av 13 inkluderte studier undersøkte selvmordsforsøk hos personer med spiseforstyrrelser.

Selvmondsraten blant personer med AN er bekymringsfull høy. Denne studien har ingen inkluderte studier vedrørende selvmord og AN. Et interressant funn som bekrefter nødvendigheten av fremtidig forskning på dette området.

Huas et al., (2012) definerer at risikofaktorer for selvmord hos personer med BN er tidligere gjennomført selvmordsforsøk og tidligere lav BMI.

Andersen et al., (2002) definerer at risikofaktorer for selvskade ved BN er misbruk av avføringstabletter, rusmisbruk, seksuelt misbruk og alvorlig depresjon.

Risikofaktorer med en referanse er ikke innlemmet i konklusjonen.

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved AN:

- Depresjon (Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Forcano et al., 2011; Franko et al., 2004; Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004).
- Rusmisbruk (Franko et al., 2004; Corcos et al., 2002; Pisetsky et al., 2013).
- Brekningsadferd (Forcano et al., 2011; Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004)

Risikofaktorer for selvmordsforsøk ved BN:

- Depresjon (Anderson et al., 2002; Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002; Nickel et al., 2006a; Pisetsky et al., 2013).
- Rusmisbruk (Anderson et al., 2002; Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b; Pisetsky et al., 2013).
- Lav BMI (Anderson et al., 2002; Forcano et al., 2009; Nickel et al., 2006b).
- Misbruk av avføringstabletter (Corcos et al., 2002; Franko et al., 2004; Nickel et al., 2006b).
- Brekningsadferd (Pisetsky et al., 2013; Youssef et al., 2004).
- Seksuelt misbruk (Nickel et al., 2006a; Nickel et al., 2006b).
- Impulsiv adferd (Forcano et al., 2009; Corcos et al., 2002).
- Angst ( Anderson et al., 2002; Pisetsky et al., 2013).

## 6. Litteraturliste

Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten (2002).

Utredningsserie 7 – 2000. *Statens helsetilsyn*, Oslo

Anderson, C.B., Carter, F.A., McIntosh, V. V., Joyce, P. R. & Bulik, C. M. (2002). Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eating disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 10, 227-243.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 724-731.

Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2002). *Abnormal psychology: an integrative approach*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2007). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Gyldendal Norsk Forlag.

Braun, D. L., Sunday, S. R. & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859 – 67.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., McIntosh, V. V. & Joyce, P.R. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28, 611-623.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F. & Joyce, P. R. (1999). Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 381-386.

Bulik, C. M., Thornton, L., Pinheiro, A. P., Plotnicov, K., Klump, K. L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnsen, C., Kaplan, A. S., Mitchell, J., Nutzinger, D., Strober, M., Treasure, J., Woodside, B., Berrettini, W. H. & Kaye, W. H. (2008). Suicide attempts in anorexia nervosa. *American Psychosomatic Medicine*, 70, 378-383

- Button, E. J., Chadalavada, B. & Palmer, R. L. (2010). Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *International Journal of Eating disorders*, 43:(5):387-392
- Corcos, M., Taieb, O., Benoit-Lamy, S., Paternity, S., Jeammet, P. & Flament, M. F. (2002). Suicide attempts in women with bulimia nervosa. Frequency and characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 381-386.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1342–1346.
- Dancyger, I. F & Fornari, V. M. (2005). A review of eating disorders and suicide risk in adolescence. *The Scientific World Journal*, 5, 803-11.
- Damsted, Pernille ; Petersen, Dorthe Janne ; Bilenberg, Niels ; Hørder, Kirsten (2006). Suicidal adfaerd i en klinisk population af 12-17-årige med spiseforstyrrelser. *Ugeskrift for laeger*, 168 (44), 3797-801
- Ekeberg, Ø. (2001). Villet egenskade, paracuicid eller selvmordsforsøk. *Suicidologi*, 6 (1).
- Favaro, A., Caregaro, L., Di Pascoli, L., Brambilla, F. & Santonastaso, P. (2004). Total serum cholesterol and suicidality in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 66 (4), 548-52.
- Favaro, A. & Santonastaso, P. (1996). Purging behaviors, suicide attempts and psychiatric symptoms in 398 eating disordered subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 99-103.
- Favaro, A. & Santonastaso, P. (1997). Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95 (6), 508-514.
- Favaro, A. & Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 157-165.
- Favaro, A. & Santonastaso, P. (1999). Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 57-60.



- Favaro, A. & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 537-542.
- Favaro, A., Santonastaso, P., Monteleone, P., Bellodi, L. & Mauri, M. (2008). Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: associations with psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 105, 285-289.
- Fedorowicz, V. J., Falissard, B., Foulon, C., Dardennes, R., Divac, S. M., Guelfi, J. D. & Rouillon, F. (2007). Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of inpatients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 40 (7), 589-595.
- Fenning, S. & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64 (1), 32-39.
- Forcano, L., Alvarez, E., Santamaria, J. J., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Alonso, P., Sanchez, I., Menchon, J. M., Ulman, F., Bulik, C. M. & Fernandez –Aranda, F. (2011). Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 352-358.
- Forcano, L., Fernandez-Aranda, F., Alvarez-Moya, E., Bulik, C., Granero, R., Gratacos, M. & Estivill, X. (2009). Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*, 24, 91-97.
- Foulon, C., Guelfi, J. D., Kipman, A., Ades, J., Romo, L., Houdeyer, K., Marquez, S., Mouren, M. C., Rouillon, F. & Gorwood, P. (2007). Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. *European Psychiatry*, 22, 513-519.
- Franko, D. L., Keel, P. K., Dorer, D. J., Blais, M. A., Delinsky, S. S., Eddy, K. T., Charat, V., Renn, R. & Hertzog, D. B. (2004). What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine*, 34, 843-853.
- Franko, D. L. & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26 (6), 769-782.

- Götestam, K. G. Eriksen, L. & Hagen, H. (1995). An epidemiological study of eating disorders in Norwegian psychiatric institutions. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 263 – 268.
- Guillaume, S., Jaussent, I., Olié, E., Genty, C., Bringer, J., Courtet, P. & Schmidt, U. (2011). Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. *PloS ONE (Electronic Resource)*, 6 (8), e23578.
- Halmi, K. A., Eckert, E. & Marchi, P. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712 – 8.
- Hatsukami, D., Mitchell, J. E., Eckert, E. D., Pyle, R. (1986). Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder, and bulimia with substance abuse problems. *Addictive Behavior*, 11, 399-406.
- Helse- og omsorgsdepartementet, (1998). Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk\\_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864)
- Helsedirektoratet. (2014). ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2014 <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/icd-10-den-internasjonale-2014/Publikasjoner/icd-10-2014.pdf>
- Hertzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blais, M. A. & Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (1), 20-6.
- Holm-Denoma, J. M., Witte, T. K., Gordon, K. H., Herzog, D. B., Franko, D. L., Fichter, M., Quadflieg, N. & Joiner, T. E. (2008). Death by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link. *Journal of Affective Disorders*, 107, 231-236.
- Huas, C., Caille, A., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S., Dechartres, A., Lavoisy, G., Guelfi, J. D., Rouillon, F. & Falissard, B. (2011) . Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123 (1), 62-70.

- Huas, C., Godart, N., Caille, A., Pham-Scottez, A., Foulon, C., Divac, S. M., Lavoisy, G., Guelfi, J. D., Falissard, B. & Rouillon, F. (2013). Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. *European Eating Disorders Review*, 21 (1), 15-9.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D. L., Charatan, D. & Hertzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry* 60, 170-183.
- Keel, P. K. & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Levitt, J. L., Sansone, R. A. & Cohn, L. (2002). Self-harm behaviors among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 10 (3), 205-13.
- Mehlum, L. (1999). Tilbake til livet – Selvmordsforebygging i teori og praksis. *Høyskoleforlaget*.
- Mehlum, L. & Holseth, K. (2008). Selvskading – hva gjør vi? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 129 (8), 759-762.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York/London: Guilford Press.
- Milos, G., Spindler, A., Hepp, U. & Schnyder, U. (2004). Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry*, 26 (2), 129-135.
- Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M. & Preti, A. (2003). Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (7), 437-443.
- Nickel, C., Simek, M., Moleda, A., Muehlbacher, M., Buschmann, W., Fartacek, R., Bachler, E., Egger, C., Rother, W. K., Loew, T. H. & Nickel, M. K. (2006a). Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents. *Pediatrics International*, 48 (4), 374-381.
- Nickel, M. K., Simek, M., Lojewski, N., Muehlbacher, M., Fartacek, R., Kettler, C., Bachler, E., Egger, C., Rother, N., Buschmann, W., Gil, F. P., Kaplan, P., Mitterlehner, F. O., Anvar, J., Rother, W. K., Loew, T. H., & Nickel, C. (2006b). Familial and sociopsychopathological

risk factors for suicide attempt in bulimic and in depressed women: prospective study.

*International Journal of Eating Disorders*, 39 (5), 410-417.

Patton, G. C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18 (4), 947-951.

Pisetsky, E. M. & Thorton, L. M. (2013). Suicide attempts in women with eating disorders.

*Journal of Abnormal Psychology*, 122 (4), 1042-1056.

Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C. & Weisberg, R. B. (2005).

Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (6), 717-725.

Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2004). Suicide in

anorexia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (1), 99-103.

Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Ruberto, A. & Tatarelli, G. (2006). Suicide and

attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating Behaviors*, 7 (4), 384-94.

Preti, A., Rocchi, M. B. L., Sisti, D., Camboni, M. V. & Miotto, P. (2011). A comprehensive

meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 6-17.

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem. *Gyldendal Akademisk*.

Rosenvinge, J. H. & Götestam, K. G. (2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen

organiseres? *Tidsskriftet den Norske Lægeforening*, 122, 285 –288.

Rosenvinge, J. H., Martinussen, M. & Østensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a metaanalytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating Weight Disorders*, 5, 52 – 61.

Rosenvinge, J. H. & Sundgot-Borgen, J. (1999). Spiseforstyrrelser – hvordan er behandlingen organisert? En nasjonal kartlegging i psykiatrisk og somatisk spesialisthelsetjeneste.

*Tidsskriftet den Norske Lægeforening*, 119, 21 – 3.

- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. & Koivisto, A. M. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (5), 276-281.
- Rør, A. (2006). Spiseforstyrrelser – symptomforståelse og behandlingsstrategier. *Gyldendal Akademisk*.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M. & Hyler, S. E. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 403 – 416.
- Skårderud, F. (2000). Sterk Svak – Håndboken om spiseforstyrrelser. *Aschehoug og co*.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Gøtestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskriftet den Norske Lægeforening*, 124, 1938 – 1942.
- Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Gissler, M., Löfman, R., Linna, M. S., Raevuori, A. & Haukka, J. (2013). Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995–2010. *Psychiatry Research*, 210, 1101–1106 .
- Statens helsetilsyn (2000). Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Utredningsserie 7 – 2000. Oslo.
- Stein, D., Lilienfeld, L. R., Wildman, P. C. & Marcus, M. D. (2004). Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (6), 447-451.
- Store norske leksikon. (2014). <https://snl.no/DSM-systemet>
- Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal Psychiatry*, 152, 1073-1074.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Fear, J. L. & Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 155 (7), 939-946.
- Sutton, J. (2007). Healing the hurt within. Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds (3.edt.). *Oxford, How to Books*.

- Weisæth, L. & Dalgard, O. S. (2000). Psykisk helse – risikofaktorer og forebyggende arbeid. *Gyldendal Akademisk*.
- Westen, D. & Harden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 547-62.
- Yamaguchi, N., Kobayashi, J., Tachikawa, H., Sato, S., Hori, M., Suzuki, T. & Shiraishi, H. (2000). Parental representation in eating disorder patients with suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 131-136.
- Youssef, G., Plancherel, B., Laget, J., Corcos, M., Flament, M. F. & Halfon, O. (2004). Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorder. *European Psychiatry*, 19, 131-139.
- Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J. & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskriftet den Norske Lægeforening*, 123 (16), 2241 – 2245.
- Aalen, O. O., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., Skovlund, E. & Veierød, M. B. (2006). Statistiske metoder i medisin og helsefag. *Gyldendal Norsk Forlag*.